



Talla'l, programa d'Educació per a la Salut per a professionals sanitaris: detectar i prevenir els trastorns de conducta alimentària a temps

Autora: Cristina Camacho Abad

Tutoritzat per: Laia Selva Pareja

Facultat d'Infermeria i Fisioteràpia

Grau en Infermeria

Treball de Fi de Grau

Curs acadèmic 2019-2020

Igualada, 24 de maig de 2020

Als meus pares, per fer-me suport incondicional.
A les meves amigues, la Raquel, la Jenny i la Laia,
per llegir les mil versions d'aquest projecte.
A la meva tutora, la Laia, per redirigir-me durant el procés i
ensenyar-me des de zero sobre tecnologia.

A totes vosaltres,

Gràcies

Índex de gràfics	IV
Índex d'il·lustracions	IV
Índex de taules	IV
Índex d'abreviatures	VI
Resum.....	VIII
Resumen.....	IX
Abstract.....	X
1. Introducció.....	1
1.1. Marc teòric.....	2
1.1.1. Els trastorns de conducta alimentària.....	2
1.1.1.1. Anorèxia nerviosa	2
1.1.1.2. Bulímia nerviosa	3
1.1.1.3. Subtipus	4
1.1.1.4. Alteracions orgàniques	5
1.1.2. L'adolescència	8
1.1.2.1. Etapes de l'adolescència.....	9
1.1.2.2. L'alimentació a l'adolescència.....	10
1.1.3. Prevenció dels TCA.....	11
1.1.3.1. Prevenció primària.....	11
1.1.3.2. Prevenció secundària.....	12
1.1.3.3. Prevenció terciària	12
1.1.4. Detecció i diagnòstic dels TCA	13
1.1.5. Tractament dels TCA.....	13
1.1.5.1 Centre d'atenció primària	13
1.1.5.2 Hospital de dia	14

1.1.5.3	Hospitalització.....	16
1.1.5.4	Altres teràpies.....	17
1.1.6.	L'Educació per la Salut.....	17
1.1.6.1.	Abordatge infermer.....	18
2.	Metodologia.....	19
3.	Disseny del programa.....	20
3.1.	Etapa 1-3: Anàlisi de la realitat	21
3.1.1.	Pertinença de l'estudi: epidemiologia i antecedents	21
3.1.2.	Població diana	22
3.1.3.	Diagnòstic de salut: fonts d'informació, factors i indicadors.....	23
3.1.3.1.	Observació crítica de la comunitat.....	24
3.1.3.2.	Factors i indicadors.....	25
3.1.3.3.	Serveis existents: recursos humans i assistencials	31
3.1.4.	Identificació i priorització de necessitats i problemes.....	32
3.2.	Etapa 4: Objectius	33
3.3.	Etapa 5: Activitats i recursos.....	34
3.3.1.	Taller 1: El trastorn	35
3.3.2.	Taller 2 : Posada en escena.....	36
3.3.3.	Taller 3: Documentació.....	37
3.3.4.	Taller 4: La pel·lícula	38
3.4.	Etapa 6: Implementació del programa.....	40
3.5.	Etapa 7-8: Avaluació i seguiment	40
3.6.	Cronograma.....	41
3.7.	Pressupost.....	43
3.8.	Aspectes ètics i legals.....	44
3.8.1.	Principi d'intimitat i compromís professional.....	44
4.	Limitacions	46

5.	Reflexió de l'aprenentatge.....	47
6.	Bibliografia	49
7.	Annexos	56
7.1.	Annex 1: Qüestionaris de diagnòstic	56
7.2.	Annex 2: Consulta ACAB.....	60
7.3.	Annex 3: Adolescents Igualada	61
7.4.	Annex 4: Personal medicina i infermeria Igualada.....	62
7.5.	Annex 5: Cerques a l'abast.....	63
7.6.	Annex 6: Priorització de necessitats.....	66
7.7.	Annex 7: Test de coneixements sobre TCA.....	68
7.8.	Annex 8: Presentació de la etiologia i incidència	70
7.9.	Annex 9: Presentació dels factors de risc i simptomatologia.....	73
7.10.	Annex 10: Kahoot.....	75
7.11.	Annex 11: Drets d'imatge.....	78
7.12.	Annex 12: Avaluació de resultats	79
7.13.	Annex 13: Full d'informació al participant.....	80
7.14.	Annex 14: Consentiment Informat	81
7.15.	Annex 15: Pòster del programa	82

Índex de gràfics

Gràfic 1: Factors que influencien els TCA	26
---	----

Índex d'il·lustracions

Il·lustració 1: L'Emma de "L'Emma vol viure"	37
Il·lustració 2: Consulta ACAB.....	60
Il·lustració 3: Resultats cerca #Ana #Mia	63
Il·lustració 4: Publicació amb comentari pro-TCA	64
Il·lustració 5: Publicació amb comentari pro-TCA	65
Il·lustració 6: Presentació etiologia i incidència	70
Il·lustració 7: Factors de risc i simptomatologia TCA	73
Il·lustració 8: Kahoot sobre factors de risc associats al TCA.....	75
Il·lustració 9: Pòster de difusió del programa	82

Índex de taules

Taula 1: Relació problemes i necessitats	32
Taula 2: Cronograma per mesos	41
Taula 3: Cronograma per sessions.....	42
Taula 4: Pressupost projecte	43
Taula 5: Qüestionaris valoració TCA	56
Taula 6: Avaluació imatge corporal.....	57
Taula 7: Influències i afrontament.....	58
Taula 8: Qüestionari de valoració familiar	58
Taula 9: Qüestionari de patologies associades.....	58
Taula 10: Valoració nutricional.....	59
Taula 11: Població adolescent en xifres.....	61
Taula 12: Personal medicina i infermeria en xifres	62

Índex d'abreviatures

AN	Anorèxia Nerviosa
ACAB	Associació Contra l'Anorèxia i la Bulímia
BN	Bulímia Nerviosa
CAP	Centre d'Atenció Primària
CAR	Centre d'Alt Rendiment
CEARE	Centre d'Estudis Alt Rendiment Esportiu
CSM	Centre de Salut Mental
CSMA	Centre de Salut Mental Adults
CTD	Centro de Tecnificación Deportiva
DSM-IV	Manual Diagnòstic i Estadístic de Salut Mental
EAT	Eating Among Teens
ECG	Electrocardiograma
EMP	Estimulació magnètica profunda
EMT	Estimulació magnètica transcranial
EpS	Educació per la Salut
ICS	Institut Català de la Salut
IMC	Índex de Massa Corporal
NE	Nutrició Enteral
NP	Nutrició Parenteral
TCA	Trastorn Conducta Alimentària o Trastorn Comportament Alimentari
TCANE	Trastorn Conducta Alimentària No Especificat o TCA atípic
TFG	Treball Final de Grau

Resum

Introducció: Els adolescents són la població vulnerable quan parlem de Trastorns de Conducta Alimentària (TCA), una malaltia mental de difícil diagnòstic i tractament freqüent a l'actualitat, regida i alimentada pels estrictes cànons de bellesa de la societat i basada en la falta de coneixements d'estil de vida saludable.

Marc teòric: Entre els tipus de TCA trobem l'Anorèxia Nerviosa (AN) i Bulímia Nerviosa (BN) com els més freqüents i practicats, però qualsevol TCA pot provocar alteracions orgàniques, des d'aparició de borbolls pel cos fins la mort.

És competència dels professionals sanitaris formar als joves per prevenir i detectar precoçment la incidència d'aquesta patologia. D'aquesta manera s'ha desenvolupat un programa d'Educació Per a la Salut (EpS) destinat a sanitaris, per dotar-los de coneixements i facilitant-los eines per a garantir la seva tasca a les escoles i instituts.

Metodologia: Per a la creació d'aquest treball s'ha realitzat una cerca acurada sobre prevenció i detecció de TCA en diferents bases de dades. A nivell estructural s'ha utilitzat com a model el llibre "Educación para la Salud: Elabora un programa en 8 etapas".

Disseny del programa: Aquest treball permet la realització d'un projecte, amb activitats teòriques i pràctiques, que fomenta la creativitat i anima a la creació de tallers per dur-los a terme en un futur amb l'objectiu de crear consciència a la població i en conseqüència, reduir els casos de TCA a Igualada, Catalunya, en un període de 5 anys.

Conclusions: "Talla'l" permet en la població que el llegeixi iniciar tallers per a prevenir i educar sobre la patologia malgrat cal realitzar més estudis per obtenir informació més acurada, és necessari tenir en compte les limitacions que s'han presentat.

Paraules clau: Trastorn Conducta Alimentària, Educació per a la Salut, Adolescent i Infermeria.

Resumen

Introducción: Los adolescentes son la población vulnerable cuando hablamos de Trastornos de Conducta Alimentaria (TCA), una enfermedad mental de difícil diagnóstico y tratamiento frecuente en la actualidad, regida y alimentada por los estrictos cánones de belleza de la sociedad y basada en la falta de conocimientos de estilo de vida saludable.

Marco teórico: Entre los tipos de TCA encontramos la Anorexia Nerviosa (AN) y Bulimia Nerviosa (BN) como los más frecuentes y practicados, pero cualquier TCA puede provocar alteraciones orgánicas, desde aparición de vello por el cuerpo hasta la muerte.

Es competencia de los profesionales sanitarios formar a los jóvenes para prevenir y detectar precozmente la incidencia de esta patología. De esta manera se ha desarrollado un programa de Educación Para la Salud (EpS) destinado a sanitarios, para dotarlos de conocimientos y facilitándoles herramientas para garantizar su labor en las escuelas e institutos.

Metodología: Para la creación de este trabajo se ha realizado una búsqueda precisa sobre prevención y detección de TCA en diferentes bases de datos. A nivel estructural se ha utilizado como modelo el libro "Educación para la Salud: Elabora un programa en 8 etapas".

Diseño del programa: Este trabajo permite la realización de un proyecto, con actividades teóricas y prácticas, que fomenta la creatividad y anima a la creación de talleres para llevarlos a cabo en un futuro con el objetivo de crear conciencia en la población y, en consecuencia, reducir los casos de TCA en Igualada, Cataluña, en un período de 5 años.

Conclusiones: "Talla'l" permite en la población que lo lea iniciar talleres para prevenir y educar sobre la patología, pero hay que realizar más estudios para obtener información más detallada y cabe tener en cuenta las limitaciones que se han presentado.

Palabras clave (incluyendo DeCS): Trastorno Conducta Alimentaria, Educación para la Salud, Adolescente e Enfermería.

Abstract

Introduction: Teenagers are the most affected group of people when we talk about Eating Disorders (ED), this is a mental illness with a difficult diagnostic and treatment, in addition is really common nowadays, fed by strict cannons of beauty from society and based on lack of knowledge about healthy lifestyle.

Context: Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa, are the most frequent and practiced types of ED, but any of them can provoke organic pathologies sometimes even death.

Health professionals have the responsibility to teach them to prevent and detect early incidence of the pathology. For this reason, it has been developed a Health Education Program aim to health professionals, to equip them with knowledge and facilitate strategies to ensure their work in middle school and high school.

Methodology: To create this project it is been used an accurate research about prevention and detection of ED in different databases. Structurally the model has been “Educación para la Salud: Elabora un programa en 8 etapas”.

Program design: This work allows the realization of a project, with theoretical and practical activities, that promotes creativity and encourages the creation of workshops to implement in the future with the aim of creating awareness in the population, otherwise reducing cases of ED in the region of Igualada, Catalonia, in a period of 5 years.

Conclusions: Talla'l allows people to start education and prevention activities about the pathology, but more studies are needed to obtain more accurate information and it is necessary to consider the limitations of the study.

Key words (including MeSH): Feeding and Eating disorder, Health education program, Adolescent and Nursing.

1. Introducció

A l'actualitat, l'autopercepció corporal ve regida pels estrictes cànons de bellesa creant una cerca de perfecció sinònima a primesa, és per això que cada vegada el control de l'alimentació excessiu i posteriors Trastorns de la Conducta Alimentària (TCA) són més freqüents.

Els TCA són una patologia mental de difícil diagnòstic que precisen de molts recursos: econòmics, humans, etc., per al seu tractament. A més, representen la tercera malaltia crònica més prevalent entre la població femenina adolescent i juvenil en els països desenvolupats i, per tant, un important problema de salut pública (1).

El meu Treball de Final de Grau (TFG) es basa en el disseny d'un programa d'EpS dirigit a professionals sanitaris per tal de prevenir i detectar precoçment els TCA, com l'anorèxia nerviosa (AN) i la bulímia nerviosa (BN), en adolescents i obtenir les eines per divulgar-ho a la població.

Així doncs, pretén facilitar una combinació d'activitats per fomentar l'adaptació de conductes habituals perjudicials i assolir comportaments saludables, de forma individual i col·lectiva (2).

La finalitat d'aquest treball és potenciar les activitats de prevenció de la salut dirigides per i a professionals sanitaris i, conseqüentment, també destinades a adolescents. Són una eina bàsica per prevenir futurs casos de la malaltia.

Un bon programa preventiu i conscienciació de la població disminuiria notablement la seva incidència.

1.1. Marc teòric

1.1.1. Els trastorns de conducta alimentària

Els TCA són trastorns d'ingesta d'origen biopsicosocial que involucren diferents parts del cos i dels aspectes inherents de les persones, així com de les seves relacions socials. A més, són de gran rellevància degut a la gran dificultat de diagnòstic i al tractament específic que precisen. La seva etiologia és multifactorial per la possible intervenció d'aspectes genètics, biològics, socials i, al tractar-se d'una patologia mental, s'engloben dins del Manual Diagnòstic i Estadístic de Trastorns Mentals (DSM-IV) (3–5).

Els tipus de TCA més coneguts són l'AN i la BN. Entre els TCA menys freqüents podem trobar: trastorns per afartament caracteritzats per diferents episodis d'ingesta compulsiva sense mecanismes compensatoris post àpat amb conseqüent sobrepès; Pica, consisteix en la ingesta de substàncies no comestibles, normalment paper, sabó, guix, pintura, etc., es considera inadequat en majors de 18-24 mesos entenent que els infants tendeixen a experimentar de forma habitual duent-se objectes a la boca, i els Trastorns de Conducta Alimentària No Especificats (TCANE), són tots aquells trastorns que no compleixen els criteris específics per tractar-se d'un altre tipus de TCA (6).

1.1.1.1. Anorèxia nerviosa

L'AN és una malaltia mental que es caracteritza pel rebuig de manteniment del pes corporal en els valors mínims normals per l'edat i talla, por intensa a guanyar pes i alteració significativa de l'autopercepció física corporal.

Per a poder diagnosticar una anorèxia nerviosa cal que el pacient compleixi els següents criteris (5):

- Criteri A: pes anormalment baix. Es considera un pes anormalment baix quan el IMC_1 és igual o inferior a $17,5\text{kg/m}^2$ (7).
Cal tenir en compte que si la patologia s'inicia a la infància o en les primeres etapes de l'adolescència és possible que aquesta disminució de

¹ L'Índex de Massa Corporal (IMC) és la divisió del pes de la persona, en quilograms, entre l'alçada mesurada en metres quadrats (7).

pes no sigui significativa i perceptible, però no hi haurà un augment de pes normal per a l'edat.

- Criteri B: estat psíquic de por intensa per guanyar pes que no disminueix amb la pèrdua d'aquest. És freqüent que augmenti l'angoixa a mida que avança la malaltia.
- Criteri C: estat d'autopercepció alterat relacionat amb un trastorn dismòrfic corporal que permet a les persones veure's grasses sense estar-ho, d'altres s'adonen que estan primes, però segueixen atemorides pel factor de poder engreixar-se. Així, doncs, la bàscula és un estri utilitzat constantment, també ho és el mirall per tal d'observar-se les zones més conflictives del cos com són l'abdomen i els malucs. L'autoestima de les persones que pateixen la malaltia depèn exclusivament de la seva imatge corporal i un augment de pes representa un fracàs inacceptable del seu autocontrol i, per tant, una disminució de l'autoestima.
- Criteri D: en les joves que han tingut la menarquia es produeix amenorrea degut als nivells baixos d'estrògens directament proporcionals a la disminució de la secreció de les hormones folicolestimulants (FSH) i luteïnitzants (LH) normalment secretades per la hipòfisis i degut a la pèrdua de massa grassa. En l'edat prepuberal es produeix un retràs en la menarquia.
- Criteri E: l'estat de consciència de la situació i risc és escassa, sobretot en les primeres etapes. Entenem que difícilment la pròpia pacient demanarà ajuda; així doncs, ho faran els pares i educadors quan més endavant es qüestionin conductes i consultin a professionals.

1.1.1.2. Bulímia nerviosa

La BN és una malaltia mental que consisteix en l'afartament provocat per menjar quantitats d'aliment molt superiors al que la majoria dels individus ho farien en un curt espai de temps (5).

Per a poder fer el diagnòstic cal que la persona compleixi els següents requisits (5):

- Criteri A: l'existència de conductes d'afartament. Es considera afartament un consum excessiu en un menjar habitual, en un període inferior a dues

hores. Això pot incloure el menjar a diferents llocs, per exemple si la persona comença a menjar en un restaurant i posteriorment va a casa i continua.

Normalment les persones amb BN mengen dolços i aliments rics en contingut calòric, posteriorment intenten amagar-ne els símptomes.

La sensació de falta de control és habitual provocant simptomatologia de naturalesa dissociativa².

- Criteri B: la malaltia ve determinada pel nivell d'autoestima, els pacients amb BN posen excessiu èmfasi en la seva imatge corporal i pes amb constant revaluació.
- Criteri C: realització de conductes compensatòries repetitives posteriors als àpats un mínim de dos cops per setmana durant un període de tres mesos.

1.1.1.3. Subtipus

Segons CIE-10³, les compensacions de l'AN i la BN poden ser de dos tipus, purgatives i no purgatives. Entenem com a purgatives aquelles que inclouen l'ús de fàrmacs laxants, diürètics i ènemes per tal d'eliminar els aliments, també la provocació del vòmit.

Les conductes no purgatives inclouen el dejuni d'un o més dies i la realització d'exercici físic intens (5,8).

Per tal de diferenciar els dos tipus de TCA esmentats cal tenir en compte que el pes dels pacients amb BN es manté dins dels nivells normals segons IMC, entre 20 y 23 kg/m², i realitzen afartaments mentre que els malalts amb AN tenen un IMC inferior a 17,5kg/m² i no hi ha episodis d'afartaments (5,8).

² Incapacitat per controlar les emocions i pensaments, normalment relacionat amb una situació traumàtica o una patologia mental.

³ Classificació de patologies mentals i conductuals, versió 10.

1.1.1.4. Alteracions orgàniques

En l'AN i la BN és freqüent trobar canvis en els resultats analítics degut a les alteracions que la patologia genera en els òrgans corporals.

Hemodinàmicament és habitual l'aparició de leucopènia⁴ i anèmia lleu⁵, bioquímicament podem aïllar hipercolesterolèmia i augment de la urea en sang degut a la deshidratació, a més, pot provocar un augment de la funció hepàtica.

D'altra banda, trobem alcalosi metabòlica⁶ deguda a les conductes purgatives orals, en cas que ho siguin de forma rectal serà més freqüent l'aparició d'acidosi metabòlica⁷ (5).

Les hormones endocrines T3 i T4, així com les ovàriques FSH i LH estan disminuïdes produint hipotiroïdisme i, en dones, hipofunció ovàrica. En homes la testosterona també resultarà insuficient. Cal emfatitzar que l'hipotiroïdisme endarrereix el desenvolupament i creixement ossi, mental i general dels infants (5,9).

Físicament, la figura corporal d'aquelles persones amb AN en fases avançades és caquètica degut a l'extrema desnutrició. En BN la figura corporal és normal o inclús amb tendència al sobrepès, malgrat les conductes purgatives no siguin suficients per eliminar tot el greix corporal i la desnutrició no sigui habitual, les conseqüències no són menys greus. El cansament físic i intel·lectual poden aparèixer durant la malaltia (5,10).

Segons l'àrea afectada podem trobar (11):

- Pell i mucoses: fins a un 60 % dels pacients pateixen alopecia, generalment a la zona frontal, a més, apareix borrisol pel dors, abdominal i avantbraços de tipus lanugen.

La disminució de lípids de la superfície corporal produeix xerosis⁸. A més, la vasoconstricció de les arterioles i la venodilatació ocasiona acrocianosis⁹.

4 Descens del nivell de leucòcits en sang per sota dels nivells normals 3,5 i 10 x 10⁹/l (65).

5 Descens del nivell hemoglobina en sang per sota dels nivells normals 14 g/dl (66).

6 Augment dels nivells de bicarbonat sèric (5).

7 Excessiva pèrdua de bicarbonat sèric (67).

8 Pell anormalment seca.

9 Coloració blava i falta d'irrigació de les parts més distals. Exemple: dits.

D'altra banda, l'augment de l'acne i prurit augmenten degut a la baixada del IMC i apareix l'acrodermatitis¹⁰ produïda pel dèficit de zinc, biotina i àcids grassos essencials.

- Quant a la cavitat oral els pacients amb TCA i conductes purgatives poden presentar xerostomia, sequedat bucal, degut a la sialoadenosi parotídia, tumefacció de les glàndules paròtides ocasionada pels àcids estomacals. A nivell faringi i laringi podem trobar disfonia, dolor, tos seca i disfàgia. D'altra banda, tendeixen a presentar pèrdua d'esmalt dental, com esquerdes i cavitats, també són habituals les lesions a la superfície dorsal de la mà.
- A nivell gastrointestinal: el 96 % dels pacients presenten plenitud postprandial que provoca molèsties gastrointestinals que no permeten la finalització de l'àpat i un 41% presenta síndrome de l'intestí irritable, relacionat amb dolor abdominal i alteració amb els hàbits deposicionals.

També pot aparèixer dilatació gàstrica degut a la disminució de la motilitat intestinal i a l'alentiment del buidament gàstric, es considera una urgència pel risc de perforació i necrosi. Sol succeir en cas de realimentació precoç després d'anorèxia greu i d'afartaments.

Tret d'això i degut al vòmits en el cas de l'ús de tècniques purgatives, hi ha una pèrdua del to de l'esfínter esofàgic, fet que produeix reflux gastroesofàgic amb símptomes de pirosis i, ocasionalment, hematèmesi.

En els casos d'anorèxia amb pèrdua excessiva de greix peritoneal es pot produir una obstrucció intestinal deguda a la compressió del duodè per l'aorta abdominal i l'artèria mesentèrica superior, s'anomena síndrome de Wilkie.

Fins a un 83 % dels pacients pateixen restrenyiment per la disminució de la motilitat del còlon degut a la malnutrició, hipocalièmia i alteracions endocrines que podrien desencadenar en un prolapse rectal.

Els enzims hepàtics, aminotransferasa i alanino aminotransferasa, poden augmentar-se fins a quatre vegades vers el seu valor normal per

¹⁰ Pàpules petites color vermell i de superfície plana, que apareixen en grups o en sèries lineals i simètriques.

acumulació de greix al fetge. Tot i que aquesta patologia és benigna pot produir fallida hepàtica en les persones amb un IMC inferior a 13.

L'esòfag de Barret també n'és una complicació, consisteix en la conversió de les cèl·lules epitelials escamoses de l'esòfag en epiteli cilíndric pel contacte perllongat amb l'àcid gàstric, i, consegüentment el risc de patir càncer esofàgic es veu augmentat.

En el cas d'ús de laxants, el trànsit intestinal es veurà afectat i es disminuirà l'absorció de nutrients.

- A nivell endocrí la hipoglicèmia deguda a la desnutrició estimula l'alliberació de CHR, hormona alliberadora de corticotropina i, per tant, ACTH, l'hormona adrenocorticotròpica, que produeix hipercortisolisme. Aquesta patologia ocasiona desmineralització òssia en el 85 % dels casos.

L'hormona tiroidea que normalment regula el metabolisme basal en aquests casos es troba inhibida, fet que permet el manteniment de l'índex metabòlic baix i, per tant, es mantinguin els dipòsits d'energia. Aquesta inhibició de la TSH provoca una disminució de la T3 i T4 que pot provocar patologies severes.

A nivell hormonal també es produeix amenorrea a causa de la disminució de l'hormona alliberadora de Gonadotropines (GnRH) degut als baixos nivells de leptina (existent en el greix corporal), així doncs, provoca reducció de l'hormona LH i FSH causant aquesta desaparició de la menstruació.

- Les alteracions cardiovasculars més freqüents són arítmies, per l'hipomagnesèmia i l'hipocalièmia, aleshores podrem observar una perllongació de la QT al ECG.

Les bradicàrdies sinusals són observades en el 95 % dels casos i l'hipotensió, tant sistòlica com diastòlica, pot produir síncope.

També podem percebre com a complicació el vessament pericardíac, succeeix en un 35 % dels casos però és poc freqüent que desenvolupi en un taponament.

La pèrdua de pes significativa també pot ocasionar atrofia ventricular amb una disminució de la capacitat de les seves cavitats.

- A nivell renal el filtrat glomerular i la creatinina són baixos i si la malaltia durés més de 20 anys podria ocasiona en el 5 % dels pacients fallida renal.

A nivell electrolític hi ha un desajustament degut a la hiponatrèmia, hipomagnesemia i hipofosfatèmia.

1.1.2. L'adolescència

L'edat d'inici dels TCA és més freqüent entre els tretze i els divuit anys, és poc comú en els menors de deu i en majors de trenta. És per això que es consideren les primeres etapes de l'adolescència com les èpoques més vulnerables de patir el trastorn.

L'adolescència es considera el primer període de gran canvi físic i mental d'infant a adult on les necessitats principals són: l'acceptació dels canvis i assegurar el bon desenvolupament físic i cognitiu. És crític per la necessitat de recerca de la pròpia identitat i la formació de la personalitat, on s'inclou l'autoconcepte i l'autoestima i on, les xarxes socials, els mitjans de comunicació i la publicitat juguen un gran paper d'influència (6,12,13).

Molts joves projecten en el seu cos els dubtes i inseguretats que pateixen i, aleshores, realitzen una recerca exhaustiva de solucions normalment inadequades, com dietes sense consulta d'especialistes o tècniques de modelat del cos (6,12).

Quant al físic, és a l'inici de la pubertat on comencen els canvis més importants, l'eix hipotàlem-hipofisiari permet la senyal hormonal que desencadena l'estimulació ovàrica i testicular, donant lloc a la segregació de les hormones femenines (estrògens i progestàgens) i la masculina (andrògens). Així doncs, s'inicia el desenvolupament genital i aparell reproductor. D'altra banda, apareix el berrissol púbic i axil·lar.

En homes augmenta la massa magra mentre que en les dones ho fa el dipòsit de greix que normalment s'acumula a la zona dels malucs, a més, apareix la menarquia (6).

Guelar i Crispo (14) defineixen adolescència com "La hoja de ruta del adolescente en este viaje hacia la "creación de sí mismo" como un "cuerpo nuevo" al que todavía debe adaptarse".

1.1.2.1. Etapes de l'adolescència

Les etapes de l'adolescència són la seqüència d'esdeveniments que aniran succeint en la transició de la persona de nen a adult. Aquestes són diferents per a tothom però de forma estàndard es classifiquen de la següent manera (15):

L'adolescència inicial engloba a noies dels 11 als 13 anys i a nois dels 13 als 15 anys aproximadament. Es caracteritza principalment pels canvis físics, externs i interns, així com per exemple l'inici del desenvolupament de l'aparell reproductor i estimulació d'hormones.

L'edat psicològica no sempre correspon amb el desenvolupament maduratiu físic, de fet, normalment el cos canvia però la consciència i els funcionaments mentals segueixen essent infantils.

Com no tots els nens i nenes comencen els canvis alhora, aquells qui ho fan amb un ritme diferent a la resta, abans o després, poden sentir vergonya i inseguretat degut a la incomprensió de la situació. L'entorn pot fer comentaris que influeixen en la creació de l'autoimatge. La majoria de joves i adults recorden els comentaris negatius que de més joves els havien fet sobre el seu aspecte físic o la vestimenta.

L'etapa central de l'adolescència, anomenada adolescència intermèdia, es produeix en noies entre els 13 i 16 anys i en nois entre els 15 i els 18. Els canvis físics es segueixen desenvolupant però comença a evidenciar-se la maduració cognitiva.

És l'època de conflictes mentals, de construcció d'identitat i de recerca de la pròpia persona com a ésser individual, de construcció de noves teories separant-se dels gustos infantils. És per aquesta recerca exhaustiva i disconformitat que es produeix un distanciament amb els familiars i un possible conflicte amb ells.

D'altra banda, també s'agafa el rol de responsabilitat i de presa de decisions que seran fonamentals per al futur, com per exemple l'elecció d'estudis. Alhora, però, hi ha una restricció de llibertat per part dels familiars ja que, els adolescents, encara no han demostrat una maduresa completa i les situacions de risc són freqüents.

Es tracta d'una època d'experimentació i relació amb l'entorn que podrà produir complexes amb el cos que, de vegades, podran dificultar la relació amb el medi i produir obsessions.

L'adolescència tardana, etapa final de l'adolescència, és en les noies dels 16 als 19 anys i en els nois dels 18 als 21. És l'època de cerca de l'equilibri però depenent de les situacions dels anys anteriors i les problemàtiques viscudes s'assolirà ara o més endavant. En alguns casos de problemàtica greu com per exemple TCA, addiccions, altres trastorns mentals, etc. veurem que el procés maduratiu ha estat interromput i no s'haurà assolit l'aprenentatge necessari.

1.1.2.2. L'alimentació a l'adolescència

Segons la Gran Enciclopèdia Catalana (16) l'alimentació és: "L'acció i efecte de donar o rebre aliments o substàncies nutritives".

Així doncs, és la base de tot procés biològic que permet a l'organisme nodrir-se mitjançant la metabolització dels aliments ingerits i conseqüentment proporciona energia al cos per a dur a terme les seves funcions vitals. L'adquisició dels hàbits alimentaris ve determinat pels factors econòmics, geogràfics, culturals, socials, religiosos i familiars (17,18).

Actualment, els joves duen a terme moltes activitats: formació, extra-escolars, treball, lleure, etc, que provoquen dificultat en la gestió de temps. Aquests factors han transformat la cuina tradicional en la generació del *tupper*, un estri que permet emmagatzemar el menjar, transportar-lo i optimitzar el temps per tal de realitzar totes les tasques sense invertir temps en els àpats. El benefici principal és la possibilitat de realitzar les obligacions el més ràpid possible, però cal tenir en compte que en els àpats s'hauria de considerar també el descans i repòs corporal i mental per a poder continuar amb l'activitat diària.

Com a conseqüència, l'aprenentatge culinari ha passat a ser un segon plat per les noves generacions, els menjars són més senzills, ràpids de cuinar i de consumir. La qualitat d'aquests també ha disminuït, ja que són rics en greixos. Aquesta qualitat fomenta l'obesitat en la població i desvaloritza la importància de l'alimentació saludable (19).

La pèrdua dels hàbits alimentaris fomenten l'oblit i el *pícar* entre àpats donant a lloc a la pèrdua total del control de les necessitats calòriques.

La Dieta Mediterrània és a Catalunya sinònim de dieta equilibrada, saludable i rica en nutrients que, a més, participa en la prevenció de malalties cardiovasculars, diabetis mellitus, entre d'altres, degut a la seva gran varietat d'aliments. Aquest model d'alimentació fomenta la ingesta d'oli d'oliva, fruites, verdures i hortalisses per sobre dels càrnics. La UNESCO la considera Patrimoni Cultural Immaterial de la Humanitat ja que és un model d'alimentació dels més saludables i equilibrats del món (20).

Malgrat tothom coneix els beneficis de la dieta mediterrània, ha disminuït l'adherència i la preocupació en la població. Sobretot en la població jove que es troba en el període crític de consolidació dels hàbits alimentaris autogestionats, degut a la emancipació per estudis (18).

1.1.3. Prevenció dels TCA

La prevenció consisteix en impedir quelcom per evitar-ne els possibles efectes secundaris. Els TCA suposen un gran problema per a la salut pública sobretot en els països més desenvolupats. És per aquest motiu que una bona prevenció reduiria notablement la incidència, disminuint els factors de risc i la progressió (16,21).

1.1.3.1. Prevenció primària

La prevenció primària consisteix en evitar l'aparició de nous casos, reduir la incidència.

El mode d'actuació és educant als joves en hàbits alimentaris saludables, deixant enrere les dietes miracle, en fomentar l'exercici físic conscient, educar en l'acceptació de la figura corporal, autoacceptació i acceptació dels demès. També disminuir l'ansietat dels adolescents resolent preguntes i dubtes sobre els canvis que es pateixen a l'adolescència, guiar-los en el desenvolupament d'interessos per assolir l'èxit personal i evitar relacionar-los amb la imatge corporal. És important fer entendre als nens i nenes que incrementar de pes és

necessari per al seu desenvolupament, sobretot en l'adolescència primerenca (21).

L'escola és un gran centre socialitzador on s'ajunten tots els nens i joves i on inverteixen moltes hores al dia en constant interacció entre iguals. A més, coincideix amb l'etapa de desenvolupament de la personalitat i de risc per a patir un TCA (21).

Com expliquen Ruiz-Lázaro, Comet, Calvo, Zapata, Cebollada, Trébol (22):

“L'escola permet la detecció de TCA en un medi comunitari i facilita l'accessibilitat de la població de risc. La detecció primerenca afavoreix l'inici del tractament i millora el pronòstic de la malaltia”.

1.1.3.2. Prevenció secundària

La prevenció secundària consisteix en un conjunt d'activitats que permeten detectar precoçment una patologia minimitzant-ne l'impacte, així com evitar la progressió cap a una malaltia més severa. Aquestes poden ser diagnosticades abans que el pacient tingui simptomatologia. Les activitats preventives s'anomenen cribratges i s'efectuen a persones segons factors de risc o edat (23).

Els TCA són normalment detectats a l'escola i al domicili perquè és on passen els joves la majoria del seu temps, rodejats d'amistats i de la família, on es poden considerar els signes d'alarma per a una detecció precoç, com per exemple la preocupació excessiva pel físic i les restriccions del menjar. L'estat anímic és amb tendència a la irritabilitat o depressió. En aquests casos s'ha de parlar amb el jove i fer-lo entendre que haurà de dirigir-se al centre d'atenció primària per parlar amb un especialista i, si aquest determina que té una malaltia, tractar-lo (24).

1.1.3.3. Prevenció terciària

La prevenció terciària consisteix en afavorir un bon tractament per reduir la durada de la malaltia, disminuir els recursos econòmics i prevenir la cronicitat. També és important que les persones que pateixen o han patit un TCA, així com els seus familiars més propers, treballin conjuntament amb un psicòleg per evitar recidives, així el pacient tindrà un bon suport familiar per a la seva definitiva curació.

1.1.4. Detecció i diagnòstic dels TCA

La detecció i diagnòstic dels TCA es confirma mitjançant els signes i símptomes de la pacient, però també n'és molt important l'avaluació psicomètrica, és a dir, mitjançant el conjunt de qüestionaris¹¹ i entrevistes semiestructurades¹² que exploren els hàbits alimentaris, els pensaments en relació als aliments, l'autopercepció d'imatge corporal i la dinàmica familiar (25).

1.1.5. Tractament dels TCA

Els TCA són patologies mentals difícils de tractar, és per això que es precisa d'una assistència individual, especialitzada i realista, que s'adapti a les necessitats i situació del pacient. L'objectiu principal és restaurar l'estat nutricional, reduir les tècniques de risc que efectuava durant la malaltia, proporcionar educació nutricional saludable, tractar les possibles complicacions i prevenir recaigudes (26).

Les diferents teràpies es poden realitzar en diversos centres segons la gravetat, els diferents nivells d'assistència poden ser ambulatories, hospitals de dia i, fins i tot, hospitalització complerta (6).

Malgrat utilitzar diferents metodologies de tractament els aspectes bàsics són: la renutrició del pacient i el tractament psicològic per evitar recaigudes i fer conscient al pacient de la gravetat de la malaltia (6).

1.1.5.1 *Centre d'atenció primària*

L'àrea bàsica de salut és, normalment, on el metge de família té el primer contacte amb el pacient, és ell qui n'ha de fer un diagnòstic el més aviat possible per a començar el tractament. El personal sanitari del CAP ha d'estar format per detectar els símptomes de la malaltia i derivar el pacient a salut mental, si ho requereix (6).

El tractament que es pot realitzar als centres bàsics de salut és dirigit a pacients en estats inicials de la malaltia i requereix d'estabilitat clínica, sense risc autolític i capacitat de dur les activitats bàsiques de la vida diària. L'assistència consisteix

¹¹ En Annex 1 es recullen els qüestionaris més emprats per diagnosticar els TCA

¹² L'entrevista ha de ser guiada per un professional especialitzat, l'exploració física per un metge, l'exploració psicopatològica i conductual per psiquiatres i psicòlegs (68).

en recomanacions dietètiques saludables i teràpies psicològiques de conscienciació per a la persona afectada i els seus familiars propers, fent-los entendre la realitat de la patologia i donant-los eines per allunyar-la (6,26).

La teràpia nutricional que s'ofereix en AN no és farmacològica ni mitjançant suplementes ja que el més efectiu és instaurar una dieta normal i saludable, sempre que el pes ho permeti no s'aplicaran dietes hipercalòriques. Es podria oferir psicoteràpia en casos d'ansietat, depressió o similars si així ho indiqués el facultatiu, normalment s'administra fluoxetina (27).

En cas de la BN es disposa d'un fàrmac inhibidor de la recaptació de serotonina (IRSS) que ha resultat ser eficaç en un termini de 8-12 mesos, a més, la fluoxetina és un antidepressiu i el topiramà com anticonvulsiu, semblen reduir la freqüència de les accions purgatives orals. Malgrat la medicació, també és precís fer una teràpia conductual i psicològica (27,28).

El seguiment es realitza mitjançant una valoració nutricional estructurada, des de l'inici amb una freqüència determinada segons la gravetat de trastorn, normalment són setmanals i s'avaluen les fluctuacions de pes. En desnutrició severa l'objectiu d'augment és de 0,5 kg/setmana (26).

Una bona teràpia i seguiment del pacient poden donar a lloc a la recuperació total de la malaltia, però en cas d'empitjorament es passarà al següent nivell, l'hospital de dia.

1.1.5.2 Hospital de dia

L'hospital de dia és l'alternativa a l'hospitalització completa, es tracta de l'hospitalització parcial en centres especialitzats en TCA o bé, centres de salut mental, d'entre 8 i 12 hores diàries i de 3 a 5 dies a la setmana segons la gravetat de la patologia inclouen, sobretot, les hores dels àpats (dinar, berenar i sopar) (6).

Un dels avantatges és que permet aportar el tractament mèdic, controlar els àpats, educació nutricional, atenció per especialistes de salut mental i recolzament social de forma multidisciplinari, sense la necessitat que els pacients romanguin ingressats les 24 hores del dia (6,26).

Els criteris d'inclusió per a aquest tipus d'ingrés resideixen en pèrdua de més del 15 % d'IMC sense complicacions físiques o bé pèrdua de menys d'un 15 % d'IMC amb complicacions físiques no severes, risc mitjà-baix d'autòlisi, control en les conductes purgatives de gravetat mitjana, fracàs del tractament i seguiment al centre bàsic de salut i atenció a les crisis familiars (6).

Alguns tractament són de curta durada, setmanes, i d'altres de llarga durada, mesos. Els primers controlen la simptomatologia i estableixen la malaltia. Els segons consisteixen en el tractament íntegre del pacient, treballant sobretot els aspectes interpersonals i psicosocials (26).

Per a que els pacients puguin ser donats d'alta al centre ambulatori és necessari que hagin corregit les conductes inadequades, siguin conscients de com pot evolucionar la malaltia si no segueixen la normativa, hagin recuperat el pes mínim per evitar complicacions i tinguin un suport familiar adequat i conscient (26).

El programari del Bellvitge (6):

- Programa de monitoratge de menjars: consisteix en la vigilància i atenció emocional durant els àpats.
- Programa de reestructuració cognitiva: consisteix en la identificació dels pensaments inadequats per tal de modificar-los.
- Programa d'ergoteràpia: consisteix en l'expressió de emocions i sentiments mitjançant recursos artístics així com pintant un quadre.
- Programa d'habilitats socials: faciliten les relacions interpersonals i desenvolupen les habilitats socials entre els participants.
- Programa per al grup temàtic: analitzen casos de la vida quotidiana i n'aporten solucions com a estri per afrontar les seves situacions més comunes.
- Programa de relaxació: relaxació de la musculatura per parts de forma conscient, mitjançant un audioguia.
- Programa d'imatge corporal: potencia l'acceptació de la seva autoimatge amb tècniques de vídeo, marcadors de silueta i teràpies d'expressió corporal.
- Control terapèutic.

1.1.5.3 Hospitalització

L'hospitalització és l'últim recurs per tractar un TCA ja que provoca en el pacient una limitació de la seva llibertat (6).

Els pacients que seran hospitalitzats són tots aquells que han patit complicacions severes degut al trastorn, així com una perllongació excessiva del tractament ambulatori. Els criteris d'ingrés són: pèrdua de pes severa incompatible amb les activitats diàries, inestabilitat, deshidratació, arrítmies cardíques, trastorns electrolítics, inestabilitat de les constants (hipotensió, bradicàrdies, etc.), detenció del creixement, complicacions de la malnutrició (convulsions, síncope, fallada cardíaca, etc.), ideació suïcida, conductes purgatives compulsives o afartaments (6).

A més de les activitat proposades en l'hospitalització de dia, els pacients ingressats són controlats exhaustivament i davant la problemàtica de la seva malaltia es proposen diferents solucions (6):

- En les pacients que remarquen la negativa a menjar es suggereix el suport grupal de les seves companyes i s'estableix una normativa ferma que obliga a alimentar-se; si es manté la negativa a menjar, s'indica la Nutrició Enteral (NE) mitjançant sonda nasogàstrica. Si no evoluciona satisfactòriament s'avaluarà l'administració Nutrició Parenteral (NP) a través d'una via central.
- D'altra banda, aquelles que triguen molta estona en prendre els àpats se'ls estableix un límit per acabar-se'l, si no compleixen se les aïllarà en una habitació separada amb supervisió directa d'una infermera.
- N'hi ha d'altres que esmicolen el menjar, seran supervisades individualment, en cas que continuïn amb la dinàmica, se'ls retiraran els privilegis progressivament.
- Les pacients que amaguen el menjar o el passen a les companyes, se les separa de les amistats i es supervisarà individualment; per comprovar-ho, es revisarà la roba, les tauletes, armaris, escombraries i bosses.
- En cas de pacients que recorren a conductes purgatives no podran entrar al lavabo durant una hora post prandial, se les entretindrà.

- En aquelles pacients amb un guany de pes massa ràpid es valorarà el grau d'edema i es controlarà la ingesta d'aigua, caldrà evidenciar que no es posin pesos abans de pesar-se.

1.1.5.4 *Altres teràpies*

Una teràpia complementaria a les anteriors és la realització de ioga. Els pacients que en practiquen resulten tenir una major consciència sobre el seu cos, disminueixen les conductes purgatives i per tant la simptomatologia associada, a més, hi ha una millora significativa vers l'obsessió per la imatge corporal (29).

Una altra teràpia complementària és la Estimulació Magnètica Transcraneal (EMT). Consisteix en l'aplicació d'un camp magnètic sobre el còrtex cerebral de forma no invasiva que despolaritza les neurones. Està en estudi el seu benefici per evitar les conductes obsessives. De moment, només és un tractament experimental i en falten estudis i resultats per poder proporcionar-lo a totes les persones amb la patologia (30).

L'Estimulació Magnètica Profunda (EMP) és un procediment quirúrgic en el qual s'implanten elèctrodes en una àrea concreta del cervell per a la seva posterior estimulació, tenen la capacitat de regular els circuits cerebrals disfuncionals. Malgrat ha resultat ser efectiva en els casos realitzats, hi ha molt poques dades (30,31).

Segons Torres, Martín, Ezquiaga, Navas i García (30) la neurocirurgia en l'anorèxia consisteix en la leucotomia prefrontal que permet "interrompre els tractes de substància blanca que connecten les estructures corticals frontals amb els ganglis basals i el tàlem". La majoria dels casos han aconseguit guanyar pes, millorar la simptomatologia i continuar amb la vida diària, tot i això, encara falten més estudis.

1.1.6. L'Educació per la Salut

El projecte d'EpS és el millor mètode educatiu per promocionar la salut, consisteix en un conjunt de canvis dirigits a l'aprenentatge de la població per aconseguir un comportament saludable, fomentant la promoció d'estils de vida òptims, la prevenció i el tractament de patologies de forma individual i col·lectiva (2,32).

Per a que l'EpS sigui incorporat per l'individu cal seguir les fases de conèixer la proposta del projecte, estar interessat en saber-ne més i incorporar-se, avaluar l'efectivitat de la conducta i adaptar els costums, d'aquesta manera, l'EpS permetrà influir favorablement en coneixements, actituds i posteriors conductes de conservació de la salut a partir de la identificació de les necessitats educatives de la població (2,33).

Per a dur-ho a terme cal establir unes polítiques saludables, com indica la Carta d'Ottawa 1987, on es reforcin projectes d'acció comunitària, reorientin els serveis de salut cap a una atenció de l'entorn dels individus i es creï un entorn favorable (34).

L'EpS es pot promoure mitjançant l'educació individual o grupal. L'educació grupal o col·lectiva és el conjunt de sessions formatives amb la presència de diferents persones que té com a finalitat abordar un tema comú entre els participants. És una intervenció que fomenta l'intercanvi d'idees, coneixements, alternatives i experiències entre els involucrats, a més, costo-efectivament és més rentable que les intervencions individuals. Malgrat que, ambdós tipus d'organitzacions no són antagonistes, sinó que podrien ser complementàries, per aquest TFG s'ha triat la intervenció grupal que permetrà facilitar l'aprenentatge cooperatiu entre iguals i, a més, afavorir el desenvolupament d'habilitats socials com són l'escolta activa i l'empatia (35,36).

1.1.6.1. Abordatge infermer

L'abordatge infermer consisteix en l'educació del pacient i l'assistència sanitària per millorar la seva simptomatologia i el seu estat de salut durant un procés agut o crònic de la patologia.

La temàtica més influent, en els TCA, és l'educació de nutrició saludable i la gestió de les emocions, a més de la millora de les relacions socials i l'eliminació de les conductes perjudicials.

Per aconseguir treballar els aspectes rellevants de la malaltia és necessari que el professional infermer tingui la capacitat d'interaccionar amb els pacients, és per això que el vincle d'infermera-pacient ha de ser de confiança. Així, permetrà que el pacient se senti segur i accepti amb més facilitat el tractament per a recuperar-se de la patologia mental (37).

2. Metodologia

La informació exposada a l'anàlisi de la realitat d'aquest treball, sobre la prevenció i detecció dels TCA, ha estat extreta de la cerca bibliogràfica en les següents bases de dades: Pubmed, Cinahl Plus, Cochrane i Scopus, també del Repositori de la Universitat de Lleida i Google Acadèmic, utilitzant les paraules clau: Anorèxia Nerviosa, Bulímia Nerviosa, Trastorn de Conducta Alimentària, Infermeria, Prevenció, Detecció, Tractament i Adolescents, en anglès i castellà i, a més, els seus acrònims. L'operador booleà més emprat ha estat "AND". D'altra banda, com a fonts primàries, per tal d'obtenir informació més acurada i actual, s'ha contactat per correu amb l'associació Contra l'Anorèxia i la Bulímia (ACAB), (veure l'Annex 2) i, amb l'Ajuntament d'Igualada i CAP Urbà via telefònica.

Els criteris d'inclusió han estat: programes d'EpS, intervencions, revisions sistèmiques i guies de salut, generals i específics dels TCA, fiables i actuals, inferiors a 10 anys, o bé antics però encara en ús i amb les revisions pertinents per tal de poder fer comparacions.

Els criteris d'exclusió han estat: referències no relacionades amb l'EpS, articles desactualitzats, publicacions incomplertes o de pagament i d'idiomes diferents al català, castellà o anglès.

El disseny del programa d'EpS s'ha efectuat a partir del llibre model "Educación para la Salud: Elabora un programa en 8 etapas" (38), d'aquesta manera s'ha aconseguit un treball ordenat i sistemàtic.

3. Disseny del programa

El disseny del programa és la planificació escrita del procés que l'equip seguirà per a dur a terme la intervenció.

Segons “Educación para la Salud: elabora un programa en 8 etapas” (38), el primer punt a treballar és l'anàlisi de la realitat. Al model està descrit a les primeres tres etapes i al programa inclou tota aquella informació rellevant actual i comparativa sobre els TCA, així com dades epidemiològiques, objecte d'estudi, fonts d'informació i factors de risc i finalment, identificació i priorització de necessitats destacades.

Posteriorment, trobem l'etapa 4, redacció d'objectius, que es treballaran als tallers proposats.

L'etapa 5 consta de la descripció de les activitats i recursos necessaris per a dur-les a terme. N'hi ha quatre de durada variable, entre 1 hora i 2 hores i 30 minuts cadascuna, amb una capacitat màxima per a 6 persones cada sessió, de tal manera que es puguin assolir tots els objectius indicats. Al finalitzar els tallers es realitzarà una exposició com a mètode avaluatiu i divulgatiu de la formació.

D'altra banda, com a etapa 6, es planteja la possible implementació del programa, tot i que com a TFG no es desenvoluparà a la realitat.

Les últimes etapes, 7 i 8, del disseny del programa, plantegen l'avaluació i seguiment del programa que, en cas que es desenvolupés, s'hauria d'estudiar per detectar-ne les mancances i treballar sobre les millores.

També s'especifica el cronograma que s'haurà de seguir per dur a terme les activitats i avaluacions i es crea la documentació necessària per respectar els aspectes ètics i legals, així com el document de dret d'imatge necessari al taller 4. Finalment, s'ha afegit el pressupost de la intervenció.

3.1. Etapa 1-3: Anàlisi de la realitat

L'anàlisi de la realitat fa referència a la recopilació d'informació actual sobre el tema a tractar, en el nostre cas, sobre TCA i al nostre territori, Espanya, Catalunya i sobretot, l'Anoia i en fem una comparativa.

3.1.1. Pertinença de l'estudi: epidemiologia i antecedents

Els TCA suposen una problema en els països més desenvolupats i classes socials més altes, la prevalença actual dels TCA a Espanya és del 0,14 % al 0,9 % per als AN i del 0,41 % al 2,9 % per BN i entre tots els TCA sumen fins un 13 %. La resistència de tractament i gravetat han augmentat notablement el seu risc en la població més jove. Actualment, és considera la tercera malaltia crònica més prevalent entre la població femenina adolescent i juvenil occidental, després de l'obesitat i l'asma. Tot i que del 2015-2017, la incidència de TCA a Catalunya va disminuir un 9,5 % (1,26,39,40).

En majors de 18 anys, la prevalença de noies amb TCA respecte dels nois és del 90 %. Quan l'interval d'edat disminueix entre els 11-18 anys, la prevalença d'homes augmenta fins al 25 % (6,41).

En relació a l'efectivitat del tractament i l'evolució de la malaltia els resultats mostren que el 50 % de les persones que inicien tractament, de qualsevol edat, es recuperen totalment, el 25 % mantenen simptomatologia (ex: oscil·lacions de pes), el 20 % no responen al tractament i el 5 % restant moren. Quan es tracta de casos d'adolescents i joves en etapes primerenques, el 80 % evolucionen satisfactòriament (6,41).

Malgrat l'alta prevalença d'obesitat a nivell mundial, s'estima que al voltant del 45 % dels alumnes de ensenyament primari desitgen ser més prims tot i tenir un IMC normal o baix (6).

Segons diferents estudis realitzats amb població de risc i segons els qüestionaris EDI-2¹³, BSQ¹⁴, l'ús de laxants és habitual entre el 10,6 % de nois i 14,5 % de noies, a més, es provoquen vòmits el 9,6 % dels nois i el 14,5 % de noies. Les noies tendeixen a pesar-se més, controlar la seva primesa, mentre que els

¹³ Subescala d'Insatisfacció Corporal del EDI-2 (69).

¹⁴ Body Shape Questionnaire (69)

homes ho fan amb la seva musculatura, per tal de mostrar a la resta que tenen una capacitat de control i poder sobre ells mateixos i els demès (41).

A nivell hospitalari, al 2017 es van ingressar 519 casos de TCA, aquest tipus de trastorn és el que més ho requereix a Catalunya en comparació amb la resta de malalties de salut mental, la incidència va ser d'un 16,5 %, ja que, si fem una comparativa amb la detecció de nous casos de malalties de salut mental dels catalans, el 2,8 % van ser TCA (a l'Anoia va ser del 4,6 %). A més, quant a gravetat de la patologia, el 56,5 % dels diagnosticats van precisar de seguiment pel seu centre d'atenció primària (el 82,9 % dels diagnosticats empadronats a l'Anoia) i el 28,3 % ho feien pel CSMA, a més el 36,3 % dels familiars de pacients amb TCA van sol·licitar teràpia psicològica (40).

Actualment, l'hospital que més ingressats amb TCA té a Catalunya és a la Catalunya Central, al Consorci Hospitalari de Vic (40).

3.1.2. Població diana

La població a la qual aquest programa es dirigeix són els professionals sanitaris dels centres de salut d'Igualada, infermeres pediàtriques i pediatres, a més de infermeres i metges de família que poden trobar-se casos d'inici de la malaltia i persones amb factors de risc. Així doncs, seran diana tots aquells que atenguin o puguin tenir contacte amb adolescents d'entre 11 i 18 anys. També cal tenir en compte les infermeres d'escola, que coneixen els joves en el seu àmbit habitual i poden detectar situacions de risc.

La mostra la formaran tots aquells professionals sanitaris, especificats anteriorment, que estiguin interessats en participar-hi. La selecció d'aquests serà per accessibilitat i conveniència amb l'horari i planificació del programa. Sempre, tenint en compte el seu propi interès i inquietuds per l'objecte a treballar i els objectius. No es plantegen criteris d'inclusió ni exclusió ja que la mostra és reduïda i específica.

En cas que altres professionals sanitaris com psicòlegs i nutricionistes o bé, mestres d'escoles i instituts s'interessessin en participar podria plantejar-se l'opció de crear un nou projecte amb la mateixa temàtica però enfocat a les seves necessitats i mancances.

Aquest programa no està proposat per especialistes en salut mental, infermeres i psiquiatres, ja que es tracta d'un projecte d'informació general i primeres nocions per la prevenció i detecció precoç dels TCA i, entenem que els especialistes seran el segon esgraó en cas que la malaltia es desenvolupi.

3.1.3. Diagnòstic de salut: fonts d'informació, factors i indicadors

Per aquest TFG, com no es pot dur a terme un treball de camp per recollir dades, la informació de l'anàlisi de la realitat i concretament, del diagnòstic de salut, ha estat a partir de fonts secundàries. És a dir, dades extretes de la literatura i registres existents a través de les bases de dades i bibliografia gris explicades a l'apartat de metodologia.

Però, en cas de poder dur a terme el programa, s'hauria de fer una recollida de dades a partir de fonts primàries. D'aquesta manera, podríem conèixer, d'una manera més concreta i real, les necessitats i problemes de la nostra població diana en base a l'objecte d'estudi.

L'estratègia a seguir seria un grup focal amb una representació de tots els perfils que es podrien incloure en el programa, és a dir, infermeres i metges especialitzats en pediatria, en salut familiar i comunitària i, en cas que n'hi hagués, infermeria escolar, també es podria comptar amb la col·laboració de mestres d'escoles i instituts dels diferents barris d'Igualada, que estan en contacte dia rere dia amb la població vulnerable per aquesta malaltia. D'aquesta manera, a través d'aquest mètode qualitatiu i col·lectiu, s'acabaria d'ajustar el disseny del programa que es presenta, que, com s'ha dit, es basa en evidència, però no es concreta a la realitat dels barris d'Igualada. La decisió de fer un grup focal en comptes d'un qüestionari és perquè el segon només permet conèixer la opinió dels subjectes mentre que el primer investiga com es construeix aquesta visió, com afecta el fenomen i aprofundeix en les percepcions i sensacions viscudes.

En cas de poder dur a terme els grups focals, es parlaria amb les diferents institucions explicant la finalitat d'aquests i la participació seria voluntària. El màxim de persones que s'inclouria en el grup són 5-8 participants i dues persones més, una dirigint la sessió, com a moderador, i l'altra pendent de gravar

i prendre anotacions. Si el nombre de voluntaris i interessats fos major, s'intentaria organitzar dos grups focals (42).

3.1.3.1. Observació crítica de la comunitat

La comunitat on es duria a terme la intervenció és la ciutat d'Igualada, capital de la comarca de l'Anoia i municipi de la província de Barcelona. La població que hi habita, 39.967 persones al 2019, està distribuïda en sis districtes diferents: Ponent, Centre, Sant-Magí, Llevant, Les comes i Sesoliveres - La Massa. Del total d'habitants el 9,7 % correspon a adolescents, població vulnerable als TCA, vegeu Annex 3 (43–45).

Quant a centres educatius, on el professional sanitari podrà realitzar els tallers de TCA per reduir-ne la incidència, mitjançant l'educació sanitària, actualment trobem 19 institucions d'educació primària i instituts, públics i privats (46).

D'altra banda, en relació a l'assistència sanitària en Centres d'Atenció Primària a Igualada està dividida en dos, CAP Nord al districte de Les Comes, i CAP Urbà al districte de Llevant. El primer forma part del Consorci Sanitari de l'Anoia, conjuntament amb l'Hospital General d'Igualada, mentre que el segon és competència de l'Institut Català de la Salut, ICS. Ambdós estan a l'abast de la població en cas d'urgència, però l'assistència ordinària està distribuïda segons zona de residència.

Quant a personal que treballa al CAP Urbà i CAP Nord corresponent a la població diana del treball, es disposa de 26 metges i metgesses especialitzats en medicina familiar i comunitària, 9 metges i metgesses pediàtriques i 29 infermeres a més de residents d'infermeria i medicina comunitària (veure l'Annex 4) (47).

A la comunitat es coneix que hi ha una manca important de coneixements i preocupació per les malalties mentals degut a la seva dificultat d'evidència de signes i símptomes i posterior diagnòstic, que com s'ha explicat anteriorment, caldria explorar en profunditat en cas que el projecte es dugués a terme.

Els TCA, tot i que són coneguts pels qui els pateixen i els seus familiars, no són suficientment alarmants per la resta de la població com podria ser una altra malaltia amb més incidència. És per això que se'ls deixa en segon pla i,

difícilment es proporciona educació sanitària, de prevenció i promoció de la salut alimentària, als centres educatius.

Actualment hi ha joves, normalment noies d'a partir dels 11 anys, preocupades excessivament pel seu aspecte físic, creuen que la millor manera de no guanyar pes i mantenir la figura caquètica que prefereixen és deixant de menjar, evitant ser fruit de crítiques i *bullying* a les escoles. La comunitat, dirigida per la publicitat, valora positivament un cos prim desnodrit abans que un de creixement favorable per l'edat (6).

Malgrat la societat segueixi sense ser-ne conscient, es tracta d'una alarma sanitària i cal fer-ne reflexió i cercar mètodes d'actuació.

3.1.3.2. Factors i indicadors

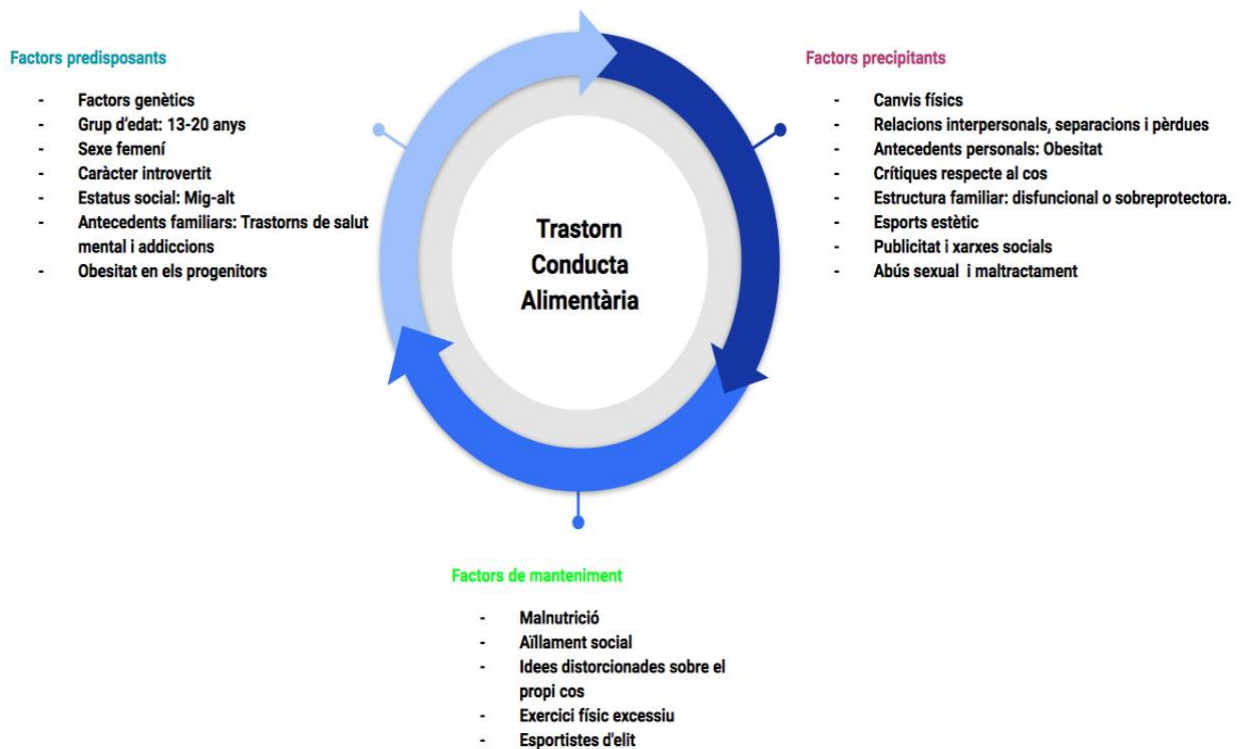
Els factors que faciliten el desenvolupament d'un TCA, segons Serra al llibre de "Trastorns de la conducta alimentària" (6), s'engloben en tres tipus (veure Gràfic 1): factors predisposants¹⁵, precipitants¹⁶ i de manteniment¹⁷. Sense el conjunt dels tres la malaltia seria altament improbable.

¹⁵ Els factors predisposants són aquells inevitables i no modificables, són el punt de partida pel desenvolupament d'un TCA (6).

¹⁶ Els factors precipitants són aquells que indueixen a que la malaltia aparegui en un moment determinat.

¹⁷ Els factors de manteniment són aquells que permeten que la malaltia perduri en el temps.

Gràfic 1: Factors que influencien els TCA



Font: Elaboració pròpia.

Relacionat amb els factors predisposants, la “Guia de Pràctica Clínica sobre Trastorns de la Conducta Alimentària” (2) conclou amb l’afirmació que “els cromosomes 1, 2 i 13 en AN i 10 en BN, tenen relació amb determinats alteracions del sistema serotoninèrgic¹⁸ i dopaminèrgic provocant una vulnerabilitat més elevada a patir TCA en un 60-70 % dels casos”. A més, també s’ha comprovat que amb bessons monocigòtics la concordança d’AN és del 55 % i de BN d’entre el 35-80 % (6).

D’altra banda i també factor predisposant tenim els familiars de primer grau, quan aquests pateixen addiccions o altres trastorns de salut mental, sobretot si es tracta de conductes obsessives relacionades amb les dietes estrictes, necessitat de perfeccionisme, alcoholisme o drogodependències, el risc de que l’adolescent pateixi la malaltia és major ja que els joves repeteixen conductes apreses en el seu entorn, un exemple en podrien ser les dietes sense control per especialistes

¹⁸ La serotonina és l’encarregada de regular l’apetit, l’estrès, conducta sexual, simptomatologia obsessiva, l’humor.

amb aliments *lights*, sense, zero, etc. Tret d'això, el fet que els pares pateixin obesitat també influeix directament als seus fills, ja sigui per l'alimentació o la genètica, perquè provoca que els joves rebutgin tenir aquesta figura i en busquen solucions compensatòries (2,6).

Com ja hem comentat amb anterioritat, ser dona i adolescent n'és un factor predisposant, així com el caràcter, una persona introvertida i amb caràcter dèbil altament influenciable tindrà més probabilitats de patir un TCA (6).

El nivell socio-econòmic de les persones que pateixen la patologia és variat, tot i això, hi ha més incidència en persones amb un nivell mig alt, amb un 59,56 %, degut a les influències del primer món, l'habitació de les xarxes socials i la facilitat d'obtenció d'informació perjudicial. (48).

Cada vegada, hi ha un inici de la pubertat en gent més jove i una evolució de les pràctiques sexuals, incloent les de risc, més precoç. La necessitat d'experimentació en joves provoca una necessitat d'autodeterminació i autoconcepte, així com la necessitat d'una autoestima elevada. Degut a aquests canvis físics cap a un cos més adult i que resulta distant al de les models, les adolescents senten un rebuig i una disminució de l'autoestima cada vegada més gran, segons "l'Enquesta de salut als adolescents escolaritzats a Catalunya" (19), on el 44 % de les noies i el 17 % dels nois assenyalen no sentir-se satisfets amb el seu cos (49).

D'altra banda, la obesitat i el sobrepès són actualment una epidèmia a escala mundial, en població de 2-24 anys el 13,9 % són obesos (IMC > 30 kg/m²) i el 26,3 % pateixen sobrepès (IMC 25-29,9 kg/m²) i si no es posa remei, com afirma Serra (6) "els nens obesos es converteixen en adults obesos", provocant insatisfacció corporal i, probablement, desencadenant en patologies alimentàries.

Tenint en compte els factors precipitants, l'ambient familiar incideix en el desenvolupament dels TCA. Podem trobar dos models diferents (6):

- Família disfuncional: sense normes, tendeixen als conflictes i males conductes, inexistència de clima de confiança, etc., que aporten una autoestima negativa i s'evita l'expressió d'emocions.
- Família sobre-protectora: la dinàmica familiar és estrictament rígida i exigent.

Els canvis traumàtics com la mort d'un familiar, la separació dels pares, immigració, etc., són factors estressants que afecten a l'emocionalitat de la persona i la fa més vulnerable.

Les relacions interpersonals i les amistats en l'adolescència són un punt clau d'influència. Els grups d'amistats tendeixen a assemblar-se entre ells i realitzar activitats similars, fins i tot comparteixen alguns atributs. Així doncs i segons l'estudi de Paxton (6) "les noies joves tendeixen a compartir nivells similars de preocupació per la imatge corporal, restriccions alimentàries i pràctiques de conductes arriscades per perdre pes" i així ho demostren en les seves conversacions diàries. És per això que els comentaris crítics, malgrat ser involuntaris, són freqüents. En nenes de 7 a 9 anys està demostrat que ja tenen en compte els comentaris del seu voltant quant a l'aspecte físic i recorden clarament les crítiques sobre l'estètica afavorint la comparació entre iguals que provoca rebuig (2,6).

La publicitat i les xarxes socials popularitzen la fisonomia prima de les models que actuen com a referent per a totes aquelles persones que les segueixen, aquestes són anomenades *influencers* i totes elles, primes i envejables, creen en el jovent una necessitat de seguir, consumir i imitar tot allò que elles fan. Últimament han aparegut a internet pàgines pro-anorèxia "pro-ANA" i pro-bulímia "pro-MIA", veure Annex 5, les quals defensen la malaltia com a un nou *estil de vida*, en els quals ANA i MIA són les models a seguir i defensar.

Altres exemples, serien els esports, sobretot els artístics, així com el patinatge, necessiten que els qui ho practiquin tinguin una figura prima i estilitzada, ja que es punctua subjectivament la impressió artística, els moviments corporals coreogràfics, fluïdesa, ús de l'espai personal¹⁹, i queda reflectit en la classificació final. En patinatge artístic es punctua mitjançant la puntuació B (puntuació estil). Així doncs, resulten patir dietes més restrictives que la resta de població per assolir el pes necessari, sobretot quan es tracta d'esportistes d'elit que es controla la massa grassa i l'alimentació estrictament (41,50,51).

¹⁹ El moviments corporals no només han de ser laterals sinó ocupant el màxim d'espai i amb totes les parts del cos. Això augmentarà el valor de la coreografia i requereix d'una major demanda física- Filosofia Rollart en Patinatge Artístic Espanyol (51).

Segons Fairburn (6), el 27 % de persones anorèctiques van patir abús sexual a la infància i el 35 % de les bulímiques, enfront de l'11 % de les pacients sanes. Això podria ser un breu indicador de correlació entre abús sexual i TCA, tot i aquesta informació, s'haurien de fer més estudis per confirmar la relació.

El 44 % de menors que utilitzen xarxes socials afirmen haver patit assetjament sexual per la xarxa. Segons un estudi realitzat a Madrid amb una mostra de 5000 alumnes d'entre 7-18 anys que han estat assetjats presenten la següents simptomatologia: 33 % estrès post-traumàtic, 37 % ansietat, 25 % introversió social, 36 % disminució de l'autoestima. Molts d'ells concorden amb els factors de risc anteriors (6).

Quant als factors de manteniment el primer n'és la malnutrició. Les persones amb AN tendeixen a menjar en solitud i restringeixen aliments. Els primers nutrients que eviten són els hidrats de carboni i els càrnics, pel valor proteic i calòric que aporten.

Algunes de les manifestacions clíniques de malnutrició són: pal·lidesa mucocutània, petèquies, debilitat i hipotonia muscular, càries, caiguda del cabell, conjuntiva ocular sense brillantor, entre d'altres (2,6).

L'exercici físic excessiu, tot i que pot aparèixer abans del trastorn i ésser un factor de risc, també influeix per mantenir un pes insuficient i, per tant, augment de la gravetat de la malaltia. Les persones que practiquen exercici físic de forma desmesurada alhora perden raonablement l'apetit i com a conseqüència augmentarà la malnutrició, creant així un cicle tancat (6).

El rebuig corporal que cerca constantment el perfeccionisme quant a pes i figura, és el factor de risc modificable més important.

Molts joves i, sobretot, aquells que pateixen TCA tendeixen a equivocar-se al valorar les seves dimensions per una falsa percepció corporal i, sovint, són incapaços de reconèixer la seva primesa. Hi ha una gran equidistància entre el valor de la bàscula i el percebut. A més, si un adolescent amb obsessió pel pes en guanya se sentirà molt culpable, mentre que si el perd, augmentarà la seva autoestima i la seva integració social.

Segons Serra (6): "La imatge corporal és la representació de la imatge que cadascú té de si mateix i també la manera que creu que el veuen els altres"

Per la formació de la imatge corporal hi ha dos tipus d'influències, del passat i properes (6):

- Influències passades: es construeix el propi ideal des que la infància, ja sigui ideal de bellesa o de qualsevol altre aspecte o objecte, i amb aquest es compara tot, sobretot quan es tracta de l'aspecte físic. El pes, alçada, color, és constantment avaluat en relació al d'influència, el model estètic.
- Els mitjans de comunicació ho incentiven amb el bombardeig d'imatges i frases manipuladores on mostren que el cos prim de la dona és equivalent a l'èxit social, professional i familiar. A les escoles, els nens quan volen fer "bromes" o inclús arribar més lluny com per exemple en casos de *bullying*²⁰ el tema principal al que recorren són les crítiques sobre l'aspecte físic i que desenvolupen en aïllaments socials.

Cal destacar que la imatge corporal que es construeix hauria de ser positiva, en cas contrari es crearà insatisfacció.

Com afirma Serra (6) "La imatge corporal que tenim del nostre cos és solament una representació mental d'aquest."

- Influències properes: quan parlem de influències properes fem referència a actes o esdeveniments que provoquen una pressió social quant a l'aspecte físic, un clar exemple n'és l'estiu. A l'estiu gran part de la població vol anar a la platja posar-se banyador o biquini i sentir-se a gust amb si mateix. Si l'autoimatge dista molt de l'ideal de bellesa el sentiment de culpabilitat és gran i s'acceleren els mètodes desmesurats per tal aconseguir el cos ideal en poc temps i arribar a l'objectiu en la data determinada.

Els esportistes d'elit passen setmanalment controls de pes i massa corporal, per el seu estat òptim físic de cara als campionats. Els centres d'alt rendiment, com el CAR de Sant Cugat del Vallès, compten amb especialistes per aquest tipus de control i nutricionistes que els proporcionen dietes estrictes segons l'esport, els entrenaments i les competicions. Irregularitats en el menjar, pes o resultats podrien comportar una sanció i fins i tot l'expulsió del centre. Les dietes estrictes i el control de la imatge corporal desmesurat poden causar una obsessió i com a

²⁰ Maltractament entre iguals, forma de violència escolar.

conseqüència, la patologia. Segons un estudi realitzat al CAR, CEARE i CTD els resultats indiquen que el 6,8 % presenten simptomatologia prèvia a un TCA (52).

3.1.3.3. Serveis existents: recursos humans i assistencials

Per tal d'atendre les persones amb TCA en qualsevol de les seves fases i els seus familiars hi ha un seguit de serveis que ho permeten: associacions, hospitals públics i centres privats.

A Barcelona hi ha l'Associació Contra l'Anorèxia i la Bulímia (ACAB) on proporcionen tallers formatius, conferències, informació i orientació, etc. dirigits a pacients i els seus familiars. L'entitat reguladora és la Federación Española de Asociaciones de Ayuda y Lucha contra la Anorèxia y la Bulimia (FEACAB). El personal que lidera les formacions i activitats són personal sanitari del Hospital Clínic de Barcelona i familiars voluntaris especialitzats.

D'altra banda, el Departament de Salut de Catalunya proporciona atenció econòmica, sanitària i social per aquelles persones amb malalties mentals reconegudes. Les línies estratègiques emprades garanteixen l'atenció especialitzada territorial, equitativa, accessible, integral, competent, entre d'altres. Aquest servei és gratuït i està localitzat als diferents Centres de Salut Mental (CSM) territorial, l'assistència pot ser rutinària al CAP o bé en situacions agudes caldrà ingrés hospitalari, en el cas de l'Anoia l'hospital de referència és l'Hospital Sagrat Cor de Martorell. D'altres hospitals com Bellvitge, l'Hospital Clínic, Can Ruti, l'Hospital Sant Joan de Déu, disposen d'unitat d'aguts per a persones amb TCA. Els professionals involucrats són: infermeres especialitzades, psiquiatres, psicòlegs i terapeutes ocupacionals, vinculats amb el metge de capçalera (53).

Quant a centres privats a Barcelona existeixen el SETCA, UMAIN, Desconnect@, CITTCa, especialitzats en TCA que ofereixen hospitalització i consultes externes.

La fundació Fita, és l'encarregada de formació i prevenció dirigida a adolescents, famílies, professionals sanitaris i educadors. A més, disposa de projectes socials a l'abast d'aquelles persones que pateixen un TCA no agut: pisos terapèutics de transició a la vida autònoma, acompanyament social individualitzat, acompanyament a la pròpia llar i servei d'orientació laboral i ocupacional. El

recursos humans emprats són educadors socials, psicòlegs i sanitaris formats i qualificats (54).

A nivell internacional, *Human Concerns* és un centre d'hospitalització privat on a més dels professionals sanitaris especialitzats hi ha experts en TCA degut a la seva pròpia experiència i posterior formació. Es troba a Ontario, al Canadà i hi acudeixen aquelles persones amb la malaltia molt avançada que han provat tots els tractaments oferts i no hi ha hagut una evolució positiva.

L'Emma, la protagonista del documental "L'Emma vol viure" va assistir a *Human Concerns*, com a últim recurs per a curar la seva malaltia, desafortunadament l'anorèxia ja era massa avançada i amb 19 anys va morir (55).

3.1.4. Identificació i prioritització de necessitats i problemes

Fins ara ja s'han anat esmentant els diferents problemes i necessitats que deriven a un TCA però per considerar les necessitats latents de la població diana de la nostra ciutat s'hauria de fer un estudi i definir quins són els punts febles a treballar així com estudiar el grau de coneixements dels professionals sanitaris sobre la malaltia.

Tot i així, segons l'evidència hi hauria diferents problemes a treballar d'entre els quals s'ha realitzat una prioritització mitjançant el sistema de Hanlon (veure Annex 6), i s'ha considerat que les més idònies i factibles per al projecte són (37,38):

Taula 1: Relació problemes i necessitats

Problemes	Necessitats
Formació insuficient per part dels professionals sanitaris sobre mètodes de prevenció dels TCA.	Fomentar el coneixement dels professionals sanitaris sobre la prevenció dels TCA
Nocions insuficients dels professionals sanitaris sobre eines de detecció de signes i símptomes dels TCA.	Fomentar el coneixement dels professionals sanitaris sobre la detecció precoç dels TCA i la simptomatologia associada

Participació escassa amb la comunitat

Obtenir eines per instaurar activitats per formar a la població

Font: Elaboració pròpia.

Com ja s'ha comentat, aquesta prioritització s'hauria de re-avaluar en funció dels resultats del grup focal.

3.2. Etapa 4: Objectius

Aquest programa és una proposta de projecte d'EpS dirigida a professionals sanitaris amb l'objectiu general de prevenir i detectar precoçment els comportaments que es poden desenvolupar en un TCA, amb la intenció de reduir-ne la incidència un 50 % en els pròxims 5 anys a la nostra comarca, l'Anoia.

Per a poder arribar a aquest objectiu que és a llarg termini, primer s'ha de desglossar en objectius intermitjos i específics.

Els objectius intermitjos són:

- El 83 % dels professionals augmentaran el seu coneixement sobre els TCA.
- El 67 % dels professionals seran capaços de prevenir i detectar eficaçment els 70 % dels casos de TCA en risc.
- El 67 % dels professionals assistents aprendran a dissenyar el mínim d'una activitat i estratègia útil per remetre el desenvolupament de la malaltia.
- El 83 % professionals coneixeran almenys una eina per crear un taller formatiu i educatiu dirigit a la població de risc durant el primer any post-programa, al finalitzar el projecte.

Al finalitzar els tallers els professionals sanitaris assistents hauran assolit els següents objectius específics referents a l'adquisició de coneixements (saber), d'habilitats (saber fer) i d'actituds (saber estar) (38).

A continuació, es detallen seguint aquesta organització i en funció dels tallers als quals corresponen:

- Taller 1, objectiu de coneixements:
 - El 89% dels professionals, seran capaços d'enumerar 5 factors de risc modificables, tenint en compte els no modificables, que contribueixen al desenvolupament de TCA, al finalitzar el taller.
- Taller 2, objectiu de coneixements:
 - El 89% dels professionals, seran capaços d'enumerar 3 símptomes del desenvolupament de TCA, al finalitzar el taller.
- Taller 3, objectiu d'adquisició d'habilitats:
 - El 67 % dels professionals demostraran saber elaborar un algoritme de detecció precoç i prevenció dels TCA útil com a material per a les seves intervencions posteriors, al finalitzar el taller.
- Taller 4, objectiu d'adquisició d'habilitats:
 - El 83 % dels professionals disposaran d'un currtmetratge de sensibilització per utilitzar en la intervenció amb la població de risc, al finalitzar el taller.
- Taller 4, objectiu d'actituds:
 - El 83 % dels professionals estaran sensibilitzats amb els TCA, en comparació amb l'inici del projecte en qualsevol mesura, al finalitzar el taller.

Els percentatges estan calculats en relació als assistents totals de la intervenció, 18 persones.

3.3. Etapa 5: Activitats i recursos

A continuació es detalla el programa d'activitats i materials necessaris per a la realització del projecte.

El grup serà de 18 persones, dividits en tres subgrups de 6 persones cadascun, es durà a terme en les instal·lacions de la UdL i el 4D Health d'Igualada, constarà de 4 tallers d'una durada d'entre 1 hora i 30 minuts i 2 hores i 30 minuts cada un. Aquestes activitats s'efectuaran durant 1 mes i 1 setmana, amb una periodicitat de 1 dia a la setmana cada grup (veure apartat Cronograma).

3.3.1. Taller 1: El trastorn

El primer taller consisteix en la realització d'una sessió teòrica i dinàmica que té com a finalitat educar als professionals sanitaris en la detecció precoç dels TCA.

Objectiu: El 89% dels professionals, seran capaços d'enumerar 5 factors de risc modificables, tenint en compte els no modificables, que contribueixen al desenvolupament de TCA, al finalitzar el taller.

La durada serà de 2 hores, inclosos els 30 minuts de descans. El material necessari és: aula amb cadires, taules, projector, ordinador, cable adaptador, dispositius electrònics individuals (ordinador o telèfon), bolígraf i folis. L'espai que s'utilitzarà és un aula de la facultat d'infermeria i fisioteràpia d'Igualada, de la Tenerife.

Abans de començar, es presentaran els participants mitjançant una dinàmica de presentació.

Per fer-ho caldrà que els participants previ a l'inici del taller 1, quan s'hagin inscrit al projecte, hagin descrit una qualitat, hobby o interès propi en el mateix full d'inscripció, per exemple: els dies festius m'agrada anar a la platja a passejar el gat, es diu Gin.

Un cop comenci el taller 1 la moderadora durà un full per participant amb totes les descripcions redactades i un espai en blanc, preparat per omplir el nom al qual correspongui cada característica. Aleshores, els integrants del grup hauran d'anar parlant amb les diferents persones de l'aula fins relacionar les afirmacions amb els noms. Facilitant "trencar el gel" i coneixent els noms i alguna característica de cadascú. La durada serà de 10 minuts.

D'altra banda, es passarà un test (veure Annex 7), de preguntes sobre TCA per comprovar els coneixements abans del taller i sensibilització del professionals.

A continuació, s'introduiria una píndola educativa de 10 min en format presentació amb el suport d'un Power Point ® (veure Annex 8). La informació exposada serà la següent:

- Etiologia de la malaltia.
- Incidència i prevalença a l'Anoia.

A partir d'aquesta informació, en dos grups de 3, els participants intentaran identificar aquells factors de risc i simptomatologia associada als TCA. Es deixarà 15 min per a que pensin en el llistat i 15 min més per representar-los en una cartolina. A continuació, cada grup, exposarà a la resta els que han estat capaços d'identificar. Finalment, serà la infermera qui, mitjançant una altra píndola educativa de 10 min en Power Point®, vegeu Annex 9, recollirà aquells factors i símptomes associats.

Es permetrà un descans de 30 minuts.

Posteriorment, es dedicarà 20 min a debatre casos reals que han anat succeint. Cada professional explicarà l'inici d'un cas de TCA que s'hagi trobat i que per alguna raó li hagi sigut impactant. A més, haurà d'esmentar amb detall el context social i els factors de risc de la persona, quina va ser la simptomatologia primària, com i quan va ser el diagnòstic i com va decidir anar a tractar-se.

Avaluació: S'utilitzarà l'eina Kahoot!®, vegeu Annex 10, on es mostraran diferents preguntes sobre factors de risc i els participants, de manera individual, hauran de dir si són correctes o no. Per comprovar que el taller ha estat satisfactori per l'objectiu els participants hauran sigut capaços d'enumerar 5 factors de risc modificables.

3.3.2. Taller 2 : Posada en escena

El segon taller consisteix en la realització d'una sessió pràctica, després de la teoria del taller anterior per aplicar tots els coneixements apresos.

Objectiu: El 89% dels professionals, seran capaços d'enumerar 3 símptomes del desenvolupament de TCA, al finalitzar el taller.

La durada serà de 2 hores i 30 minuts, tenint en compte els primers 5 minuts de preparació del vídeo.

El material necessari serà: projector i altaveus, cadires, consulta mèdica i ordinador per registrar a la consulta.

L'espai que s'utilitzarà és el centre 4DHealth d'Igualada i caldrà contractar el personal especialitzat en simulació i actors del propi centre.

Per començar es visualitzarà el vídeo *L'Emma vol viure* de TV3 la durada del qual és de 45 minuts.

Il·lustració 1: L'Emma de "L'Emma vol viure"



Font: TV3.

Posteriorment es permetran 20 minuts de descans.

Després, s'exposaran diferents casos ficticis amb l'ajuda d'actrius que, un cop après el paper, realitzaran la simulació en una consulta del CAP. El professional sanitari que l'atengui haurà d'identificar els factors de risc, simptomatologia i haurà de determinar la ruta d'actuació per a la seva correcta evolució i tractament. La simulació serà individual de 10 minuts cadascuna i mentre la resta de companys podran visualitzar l'escena en directe. Posteriorment, durant els últims 20 minuts, es realitzarà un *debriefing*, posant en comú totes les sensacions viscudes.

Avaluació: S'utilitzarà com a mètode d'avaluació l'activitat de simulació. En aquest cas, cada pacient, mostrarà diferent simptomatologia de patologies mentals, aleshores la persona que participa en la simulació haurà de ser capaç d'identificar com a mínim tres símptomes associats a TCA.

3.3.3. Taller 3: Documentació

El tercer taller consisteix en la recerca bibliogràfica per a la creació d'un algoritme per la prevenció i detecció dels TCA.

Objectiu: El 67 % dels professionals demostraran saber elaborar un algoritme de detecció precoç i prevenció dels TCA útil com a material per a les seves intervencions posteriors, al finalitzar el taller.

La sessió serà de 1 hora i 30 minuts. El material necessari és: dos ordinadors amb accés a internet i Word o similar, taules i cadires i accés a impressió Din-A3 en color.

L'espai que s'utilitzarà és un aula de la facultat d'infermeria i fisioteràpia d'Igualada, de la Tenerife.

En els primers 10 minuts s'explicarà la dinàmica i es distribuïran els grups en dos, és a dir, tres persones a cada grup, s'intentarà que siguin de diferents disciplines, si és possible. El primer grup s'encarregarà de realitzar un pòster visual i el segon un tríptic.

El pòster serà amb finalitat sensibilitzadora per a la població diana. S'haurà de fer vistós i atractiu per convidar a la gent a llegir-lo, caldrà aportar informació d'interès com on trucar en cas d'alerta amb estructura d'algoritme.

Al tríptic s'introduïran consells preventius i mecanismes de detecció per a familiars i persones properes, a més s'afegirà informació d'interès i preguntes freqüents, també un telèfon de contacte per dubtes o assistència, en cas necessari, i es facilitarà el circuit de tractament de persones que ho necessitin, per tal d'agilitzar el procés, en format d'algoritme.

Els assistents disposaran de 1 hora i 20 minuts per a realitzar les activitats, dins d'aquest temps hauran de cercar la informació i dissenyar els instruments, pòster i tríptic.

Un cop acabat el taller i el material sigui avaluat satisfactòriament s'imprimirà per a poder ser exposat i divulgat a les diferents escoles i centres de salut.

Avaluació: Per tal d'avaluar els tríptics i els pòsters s'intercanviaran amb els diferents grups que realitzen el mateix projecte, però en diferents torns, i se n'avaluarà la comprensió i la pertinença.

3.3.4. Taller 4: La pel·lícula

L'últim taller consisteix en la creació d'un vídeo formatiu i divulgatiu per sensibilitzar a la població diana i poder-lo utilitzar en els taller de prevenció.

Objectius: El 83 % dels professionals disposaran d'un curtmetratge de sensibilització per utilitzar en la intervenció amb la població de risc, al finalitzar el taller i estaran sensibilitzats amb els TCA, en comparació amb l'inici del projecte en qualsevol mesura, al finalitzar el taller.

La durada serà de 2 hores. El material necessari és: aula amb cadires i taules, projector amb altaveu, tres ordinadors amb Movie Maker ® o Imovie ® descarregats i accés a internet. L'espai que s'utilitzarà és una aula petita de la Tènia d'Igualada a més, es convidarà a un expert en audiovisuals per realitzar la classe teòrica.

El grup es dividirà en dos equips de tres persones que treballaran conjuntament per obtenir un visual.

La primera mitja hora es destinarà a fer la classe teòrica amb un especialista en audiovisuals, instruirà als professionals sanitaris sobre com realitzar un vídeo amb els programes informàtics.

La següent hora i mitja s'usarà per començar a dissenyar i realitzar el material divulgatiu segons la creativitat i destresa de cada persona. El vídeo haurà de tenir una durada màxima d'un minut. Es podran utilitzar actors voluntaris, que hauran de firmar el dret d'imatge (veure l'Annex 11), o bé animacions, per exemple amb dibuixos.

Es permetrà un descans de 15 minuts, en el moment que calgui i quan ho desitgin els participants.

Si no s'ha acabat el taller durant l'estona establerta es podrà realitzar a casa.

Avaluació: L'avaluació serà la setmana després del taller 4 i serà conjunta amb la resta de grups inscrits a la intervenció. Consistirà en l'exposició dels diferents audiovisuals, a més del material del taller 3, en una sessió oberta a la població mitjançant una exposició prèvia correcció del moderador. Els convidats a l'exhibició, tot i que serà pública, seran professionals sanitaris i persones interessades en la temàtica i podran aportar els seus materials divulgatius sobre estudis relacionats que hagin pogut realitzar.

D'altra banda, un cop finalitzat el taller, es realitzarà un *debriefing* amb tots els integrants de l'EpS per explicar com s'han sentit, si els ha agradat la intervenció,

els canvis que farien, propostes, etc., i fer-ne una valoració grupal i una altra d'individual escrita (veure l'Annex 12). A més, es passarà el test, idèntic al del taller 1 (Annex 7), per comprovar canvis en la sensibilització dels professionals i grau de coneixements sobre la malaltia.

3.4. Etapa 6: Implementació del programa

Per tal d'implementar el programa cal fer un conjunt de canvis a nivell organitzatiu i estructural. Primerament caldrà un compromís de la organització en aquest cas del CSA, Consorci Sanitari de l'Anoia i de la junta directiva del CAP Nord i també del CAP Urbà. Per tal de recolzar el programa i facilitar-ne tots els recursos necessaris, humans, econòmics i materials. D'altra banda, serà necessari reorganitzar l'assignació de funcions i tasques del personal, per tal de poder assistir al projecte i realitzar les tasques formatives.

Serà necessari també el recolzament per part del l'Ajuntament d'Igualada, el CSM de la ciutat i associacions de Salut Mental com *Espai Situa't Igualada*. D'aquesta manera les organitzacions permetran l'aportació d'idees al projecte, de recursos i de difusió per a un òptim resultat.

Per assegurar la participació de les organitzacions esmentades anteriorment caldrà fer una reunió informativa on s'exposaran les dades d'interès i se'ls proposarà la col·laboració, data assenyalada al cronograma (vegeu Cronograma).

Finalment, cal tenir en compte que en l'avaluació del taller 4, exhibició dels audiovisuals i projectes, on els convidats seran persones interessades en la temàtica, es proposarà a aquells qui ho desitgin començar a parlar sobre la creació d'un equip multidisciplinar de prevenció de TCA pel futur disseny d'intervenció a les diferents escoles i instituts de la comarca.

3.5. Etapa 7-8: Avaluació i seguiment

Aquest programa d'EpS és una proposta d'intervenció sense dur-la a terme. És per això que no es poden obtenir resultats i avaluar-los. En un cas real seria necessari un seguiment del procés ja que permet una bona avaluació i posterior

correcció per crear un projecte òptim, a partir d'una avaluació basal i comparant-la amb una final.

L'avaluació del programa s'estableix al finalitzar cada taller mitjançant *feedbacks*, mesurant el grau de satisfacció dels participants, incloent l'observació activa dels instructors, com és en el cas de la simulació i amb la realització d'un qüestionari al finalitzar tot el projecte. De tal manera que quedin reflectides qualitativament i quantitativament les mancances i propostes de la intervenció. L'avaluació es farà segons un formulari inspirat en la guia de "Educación para la salud: Elabora un programa en 8 etapas" (veure l'Annex 12).

L'avaluació no serà finalitzada fins que s'avalui l'impacte ocasionat a la societat, cinc anys més tard. Malgrat haver format als professionals, l'objectiu del projecte també inclou que aquests transmetin els seus coneixements a la població en risc per tal de formar-los i prevenir els TCA, en la mesura del possible, a la comarca de l'Anoia.

Un cop realitzada l'avaluació del programa es redactarà un informe final on s'exposarà tot el procés incloent els elements erronis detectats en el projecte per tal de millorar-los en una futura intervenció.

3.6. Cronograma

La planificació prevista del cronograma (veure Taula 2) per tal de mesurar quantitativament l'èxit del EpS contempla les següents dates:

Taula 2: Cronograma per mesos

	Maig 2021	Juny 2021	Setembre 2021	Octubre 2021	Novembre 2021	Desembre 2021	Gener 2022	Febrer 2022	Març 2022	Febrer 2027
Creació grup focal i recollida de dades	X									
Avaluació a les escoles incidència TCA en adolescents	X									
Informe de resultats i càlcul incidència	X									

Reunió amb centres col·laboradors	X		
Presentació programa: <i>Talla'l</i> al CAP Nord i Urbà	X		
Cerca de participants i campanya de difusió	X		
Inscripció participants	X		
Distribuir grups en funció dels participants	X		
Reservar i concretar horaris amb els centres	X		
Inici tallers		X	
Finalització tallers i avaluació final		X	
Realització tallers a adolescents, diferents edats i escoles de l'Anoia ²¹			X X
Avaluació estadística amb càlcul incidència i efectivitat programa			X

Font: Elaboració pròpia.

Les sessions s'organitzaran setmanalment, per exemple:

Taula 3: Cronograma per sessions

	Grup A: Dilluns matí	Grup B: Dimecres tarda	Grup C: Divendres matí
Sessió 1	10/01/2022	12/01/2022	14/01/2022
Sessió 2	17/01/2022	19/01/2022	21/01/2022
Sessió 3	24/01/2022	26/01/2022	28/01/2022
Sessió 4	31/01/2022	02/02/2022	04/02/2022
Sessió 4- Avaluació	Setmana del 07/02/2022-11/02/2022. Dia a determinar		

Font: Elaboració pròpia.

²¹ Període d'entre març 2022 i febrer 2027

La distribució de grups en tres dies permet un total de 18 participants, a més, estan distribuïts en sessions de matí i de tarda per tal de ajustar-se a les necessitats individuals. Canvis de calendari seran acceptats abans de reservar i concretar horaris amb els centres, novembre 2021. Si hi ha més demanda de l'esperada es podrà repetir l'activitat més endavant.

3.7. Pressupost

A continuació, es presenta un pressupost estimat del projecte (veure Taula 4).

Taula 4: Pressupost projecte

Costos aproximats:	Preu unitari	Quantitat	Dies	Total
Lloguer d'espais				
Aula Teneria	39,35 €	1	9	354,15 €
4DHealth	Pendent ²²	1	3	Pendent
Sala exposició	136,7 €	1	1	136,7 €
Contracte de personal				
Actors	70 €	4	3	840 €
Especialista en audiovisuals	50 €	1	3	150 €
Material				
Multimèdia: ordinadors, projectors	124,3 €	1	9	1118,7 €
Pack de 500 folis	4,40 €	1		4,40 €
Pack 5 bolígrafs	3,25 €	4		13,00 €
Impressió				
Full inscripció i informació (3 pàgines)	0,05 €	18 (x 3)		2,70 €
Full participants taller 1	0,05 €	18		0,90 €
Test inici i final	0,05 €	18	4	3,60 €
Pòster <i>Talla'l</i>	8,00 €	3		24,00 €
Pòster taller 3	8,00 €	3	2	48,00 €
Tríptic taller 3	0,19 €	6		1,14 €
Dret d'imatge	0,05 €	18		0,90 €

²² Impossibilitat d'obtenir la informació actualment.

Full valoració final general (2 pàgines)	0,05 €	18 (x 2)	1,80 €
---	--------	----------	--------

Total en €	2681,59 €
-------------------	------------------

3.8. Aspectes ètics i legals

En aquest projecte d'EpS es respecten els principis ètics i legals del Codi d'Ètica de les Infermeres i Infermers de Catalunya. Tenint en compte els diferents principis ètics: autonomia, beneficència, no maleficència i justícia a més del valors com la intimitat i el compromís professional (56,57).

El principi d'autonomia, inclou el Consentiment Informat (CI): El professional sanitari que rebrà la formació signarà el consentiment d'intervenció després d'haver estat informat adequadament amb el full d'informació al participant (veure l' Annex 13) segons l'article 33 (56).

El CI (veure l' Annex 14) ve regulat per la Llei 41/2002, de 14 de novembre, que defensa “el derecho a la información, el consentimiento informado y la intimidad de la información relativa a la salud de las personas” (58) (p3).

De la mateixa manera, es procurarà el benefici de les persones, en aquest cas, també de la societat, s'evitarà causar un mal evitable i la discriminació de les persones. Per tant, es garantiran els principis de beneficència, no maleficència i justícia contemplats en l'Informe Belmont (57).

3.8.1. Principi d'intimitat i compromís professional

El principi d'intimitat inclou la confidencialitat de dades i compromís professional, segons l'article 42 del codi ètic d'Infermeres de Catalunya (56):

“La infermera evita fer judicis de valor sobre pensaments, emocions, creences i valors de la persona atesa que puguin condicionar l'atenció que presta”, relacionat, sobretot, amb les activitats de preguntes obertes i opinions personals” (p23).

Legalment s'inclou a la Llei orgànica 3/2018, de 5 de desembre, de protecció de dades i personals (59).

D'altra banda, segons l'article 46, la infermera recollirà només les dades imprescindibles dels participants i a l'article 51 s'exposa (56):

“La infermera s’assegura que totes les dades registrades de la persona atesa quedin ben protegides, i vetlla perquè en l’ús dels registres i de les comunicacions en format paper, digital o audiovisual no es vulneri la confidencialitat” (p24).

Pel que fa al compromís professional, aquest inclou el compromís de formació, a l’article 71 del codi ètic d’Infermeres de Catalunya, determina la formació de la infermera dirigida a infermeres i a altres professionals, en qualsevol nivell. Inclou també el compromís del medi ambient, a l’article 76, i el compromís social que assegura que la informació declarada és certa, a l’article 77 (56).

4. Limitacions

En aquest TFG hi ha hagut varis punts que no s'han pogut treballar en profunditat, ja sigui perquè la intervenció no es pot dur a terme ni es pot fer un anàlisi sobre la realitat o per la dificultat de la situació actual de confinament i dificultat d'accés als serveis sanitaris i la seva informació.

El primer punt que es volia gestionar era parlar amb els professionals que dirigeixen l'ACAB de Catalunya, per obtenir informació actual i útil ja que ells tracten amb persones amb TCA de forma diària, disposen de tallers de prevenció i activitats per famílies, entre d'altres, d'aquesta manera podíem tenir un petit tast de la realitat actual i les seves dificultats. Es va enviar (veure l' Annex 2) un correu però no hi va haver resposta.

D'altra banda, també es va contactar amb el personal del CSM d'Igualada concretament amb l'infermer responsable en TCA. Em va explicar que no hi havia cap infermer especialista en la matèria però que ell portava els casos actuals de la zona que no s'havien de derivar, vam quedar que en parlaríem un dia amb més temps i que em trucaria. No vaig rebre la trucada i quan vaig anar de practiques al centre ja no hi treballava. Així doncs, entenem que actualment no hi ha especialistes en TCA a la zona, tot i això, caldria fer un estudi més a fons per si hi ha hagut canvis.

Una altra limitació important és el cas de no poder saber els coneixements actuals que tenen sobre aquest tipus de trastorns els professionals sanitaris que estan en contacte amb pacients en risc de desenvolupar la malaltia i amb la pròpia patologia. Seria interessant, si es desenvolupés el treball, poder fer una investigació per detectar els problemes reals i treballar sobre les necessitats.

Per últim, en cas que el TFG es realitzés de forma real, caldria estudiar el grau d'implicació dels mestres, nutricionistes, entre d'altres professionals relacionats amb la població vulnerable per tal de desenvolupar noves intervencions destinades a aquests col·lectius i vistes des d'un altre perspectiva.

5. Reflexió de l'aprenentatge

Tenir un TCA a Espanya suposa un problema que, actualment, molts joves estan patint, posar-los-hi fre és la nostra missió com a professionals sanitaris. Però per on començar? La nostra funció és incidir en l'educació dels adolescents on els joves es troben en constant canvi físic i mental, a més de cercar l'acceptació social, fent-los canviar les idees perjudicials i fomentant l'autoestima.

La proposta d'aquest treball ha estat crear un projecte d'EpS per a formar als professionals sanitaris de primera línia sensibilitzant-los en la prevenció i detecció precoç davant els TCA en adolescents, i en conseqüència disminuir la incidència en la nostra població.

Patir un TCA provoca en la persona i el seu entorn canvis permanents inclús després d'haver superat la malaltia, prevenir-la mitjançant l'EpS és la millor eina per a que aquest canvi d'hàbits i mentalitat siguin transmesos i duradors en el temps.

Per a poder-lo desenvolupar, és important que la població que dirigirà les sessions, la població diana d'aquesta intervenció, estigui ben formada, conegui sobre la malaltia i disposi d'eines suficients per realitzar les activitats necessàries. D'aquesta manera i per aquesta finalitat mitjançant aquest TFG s'han posat a disposició tallers de formació i preparació per a la sensibilització i, en conseqüència, materials divulgatius i útils per a la població vulnerable.

Després de la realització d'aquest treball s'han extret unes idees principals en relació als TCA.

En primer lloc la importància de les influències socials, tant d'amistat com de familiars, en l'evolució del jove cap a una persona adulta. És cert que aquesta influència és tant gran que fomenta la presa de decisions de qualsevol tipus, inclús és aquesta mateixa societat la que decideix com vestir, com actuar, què menjar, quin cos tenir, etc. de les persones i el fàcil accés a les xarxes socials i mitjans publicitaris, d'informació nociva.

En segon lloc, la importància de l'EpS dels professionals sanitaris per fer-la arribar a la població vulnerable, com a escoles i instituts, ja que els propis joves no es dirigiran al CAP, tenint en compte que no ho fan de forma habitual i es

troben fora del seu territori per parlar obertament i serà molt difícil crear un vincle de confiança.

Finalment, si es pogués reduir els TCA en la població, canviant la mentalitat d'aquesta, s'eliminarien els cànons de bellesa i hi hauria un augment de l'autoestima, disminuint, a més, patologies mentals com són la depressió i l'ansietat. Tot i que aquest punt és molt utòpic, un petit canvi en la forma de pensar d'algú pot arribar a produir canvis inversemblants en els hàbits d'una població.

El projecte "Talla'l" es considerarà efectiu un cop els professionals sanitaris convidats i participants hagin assolit els coneixements i, a més, hagin fet el mínim d'una intervenció a les escoles i instituts, de manera que es pugui comprovar quantitativament la reducció de casos nous de TCA a Igualada.

D'altra banda, com que es tracta d'un TFG i no ha pogut ser traslladat a la pràctica, però s'espera que pugui ser útil en cas que qualsevol persona en decideixi fer un estudi acurat, tenint en compte les limitacions del projecte.

6. Bibliografia

1. Gil P. Medicina preventiva y salud pública. 12a ed. Barcelona: Elsevier; 2016. 393-394 p.
2. Rochon A. Educación para la salud: Guía práctica para realizar un proyecto. 1996. 7-21 p.
3. Portela Santana M, Costa Ribeiro H, Mora Giral M, Raich R. La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia. *Nutr Hosp*. 2012;27(2):391-401.
4. Sistema Nacional de Salud. Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. Barcelona; 2009.
5. Frances A, Pincus HA, First MB. DSM-IV: Manual de diagnósticos y estadísticos de los trastornos mentales. Vol. 10, *Revista Mexicana de Neurociencia*. 2009. 34-43 p.
6. Serra M. Trastornos de conducta alimentaria. UOC, editor. Barcelona: Vull Saber; 2016.
7. Carrascosa A, Yeste D, Copil A, Gussinyé M. Secular growth changes. Weight, height and body mass index values in infant, children, adolescent and young adults from Barcelona population. *Med Clin (Barc)*. 2004;123(12):445-51.
8. Andradas E, Alfaro M, Salido C. Clasificación Internacional de Enfermedades CIE.10.ES. 2a ed. Vol. 10. Boletín Oficial del Estado; 2018.
9. Escrivá J, Carbajal M, Mendaza J. Endocrinología. En: *Farmacia hospitalaria*. España; 2002.
10. Planell LS, Roca MP. Trastornos de la conducta alimentaria. Vol. 7, *Medicina Clínica Monografías*. España; 2006. p. 7-11.
11. Gabler G, Olguín P, Rodríguez A. Complicaciones médicas de los Trastornos de la Conducta Alimentaria. *Rev Med Clin Condes*. 2017;28(6):893-900.
12. Altisent A. Alimentación en adolescentes: Propuesta de educación sanitaria en Instagram. Lleida; 2018.

13. Muñoz Miralles R, Ortega González R, Batalla Martínez C, López Morón MR, Manresa JM, Torán Monserrat P. Acceso y uso de nuevas tecnologías entre los jóvenes de educación secundaria, implicaciones en salud. Estudio JOITIC. Aten Primaria. 2014;46(2):77-88.
14. Guelar D, Crispo R. Adolescencia y trastornos del comer. Gedisa. Barcelona; 2000.
15. Soler H, Soto A, Matos L, Palacios A. Educar i créixer en salut: El paper dels pares i educadors en la prevenció dels trastorns alimentaris. Fundació Instituto de Trastornos Alimentarios, editor. Barcelona: Marge Medica Books; 2010.
16. Fundació Enciclopèdia Catalana. Gran Diccionari Llengua Catalana [Internet]. 2007 [citad 26 desembre 2019]. Disponible a: <https://www.enciclopedia.cat>
17. Mateos A. Los orígenes de la alimentación humana: una perspectiva evolutiva. Burgos; 2010.
18. Guinart Pujol M. Estudi sobre els trastorns de la conducta alimentària (TCA) en la població que viu a la Residència Universitària de Vic (RUVIC). Universitat de Vic; 2016.
19. Garcia M, Bernal M, Casadó L, Comelles J, Guerrero C, Guidonet A, et al. Els trastorns alimentaris a Catalunya: Una aproximació antropològica. Observatori Català de la Joventut, editor. Catalunya: Col·lecció estudis 23; 2007.
20. Generalitat de Catalunya. La dieta mediterrània [Internet]. Canal Salut. 2010 [citad 27 desembre 2019]. Disponible a: http://canalsalut.gencat.cat/ca/vida-saludable/alimentacio/la_dieta_mediterrania/
21. Meaestri A. L'educació emocional en la prevenció dels trastorns de la conducta alimentària a l'àmbit escolar. Universitat de Barcelona; 2016.
22. Ruiz Lázaro PM, Comet MP, Calvo AI, Zapata M, Cebollada M, Trébol L, et al. Prevalencia de trastornos alimentarios en estudiantes adolescentes tempranos. Actas Esp Psiquiatr. 2010;38(4):204-11.

23. Institut Català de la Salut. Prevenció i promoció de la salut [Internet]. 2016 [citat 28 desembre 2019]. Disponible a: <http://ics.gencat.cat/ca/assistencia/prevencio-i-promocio-de-la-salut/>
24. Rodríguez Santos L, Antolín Gutiérrez M, José Vaz Leal F, García Herráiz MA. Trastornos del comportamiento alimentario: Anorexia y Bulimia. Mérida; 2006.
25. Bolaños P. Cuestionarios usados en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria. En: Trastornos de la Conducta Alimentaria. 2017. p. 2810-21.
26. Gómez Candela C, Palma Milla S, Miján de laTorre A, Rodríguez Ortega P, Matía Martín P, Kohen V, et al. Consenso sobre la evaluación y el tratamiento nutricional de los trastornos de conducta alimentaria: Anorexia nerviosa, Bulimia nerviosa, trastorno por atracón y otros. Nutr Hosp. 2018;35(1):1-9.
27. Serra J, Ballester J. Trastorns del comportament alimentari: Guia per a l'atenció primària de salut. Barcelona; 2007.
28. Hilker I, Caballero M, Flamarique I. Tractament Trastorns de la Conducta Alimentària [Internet]. 2019 [citat 5 gener 2020]. Disponible a: <https://www.clinicbarcelona.org/ca/asistencia/malalties/trastorns-de-la-conducta-alimentaria/tractament>
29. Grijalva Galárraga MG. El yoga como tratamiento alternativo para mujeres adolescentes que sufren de anorexia nerviosa. 2016.
30. Torres Díaz C V, Martín Peña G, Ezquiaga E, Navas García M, García de Sola R. Tratamiento quirúrgico de la anorexia nerviosa resistente al tratamiento médico. Nutr Hosp. 2016;33(4):1001-7.
31. Acevedo JC, Salazar LM. Tratamiento de distonía con estimulación cerebral profunda. Univ Méd. 2016;57(1):69.
32. Macías AI, Quintero ML, Camacho EJ, Sánchez JM. La tridimensionalidad del concepto de nutrición: su relación con la educación para la salud. Rev Chil Nutr. 2009;36(4):1132-3.
33. Yoimy D, Brito D, Luis J, Rivero P, Báez F. Generalidades sobre promoción

- y educación para la salud. Rev Cuba Med Gen Integr. 2012;28(3):299-308.
34. López Fernández LA, Solar Hormazábal O. Repensar la Carta de Ottawa 30 años después. Gac Sanit. 2017;31(6):443-5.
 35. Fierro Urturi A, Alfaro González M. Educación para la salud grupal. Form Act Pediatr Aten Prim. 2013;6:75-86.
 36. Duran D, Manuel J. Aprenentatge entre iguals: disposats a compartir la capacitat mediadora amb els Educacionari. 2016.
 37. De Pablo A. Abordaje enfermero de la bulimia en adolescentes: una revisión bibliográfica. Universitat de Valladolid; 2017.
 38. Gomez SF, Selva L, Martínez M, Sáez S. Educación para la Salud: Elaborar un programa en 8 etapas. 1a ed. CulBuks; 2016.
 39. Moreno FJ, Benítez N, Pinto B, Ramallo Y, Díaz C. Prevalencia de Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) en España. Rev Esp Nutr Hum Diet. 2019;23(1):130-1.
 40. Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Central de Resultats: Àmbit de salut mental i addiccions. Catalunya; 2017.
 41. Ferrando L. Salud mental y género en la práctica clínica. Ars Medica. 2007;
 42. Hamui Sutton A, Varela Ruiz M. La técnica de grupos focales. Investig en Educ Médica. 2013;2(5):55-60.
 43. Institut d'Estadística de Catalunya. El municipi en xifres. Igualada [Internet]. Generalitat de Catalunya. 2019 [citad 30 abril 2020]. Disponible a: <https://www.idescat.cat/emex/?id=081022#h0>
 44. Ajuntament d'Igualda. Reglament orgànic municipal. 103 Igualada; 2015 p. 36.
 45. Institut d'Estadística de Catalunya. Padró municipal d'habitants. Població. Per sexe i generacions. Igualada [Internet]. Generalitat de Catalunya. 2019 [citad 30 abril 2020]. Disponible a: <https://www.idescat.cat/pub/?id=pmh&n=672&geo=mun:081022>
 46. Ajuntament d'Igualada. Centres educatius d'Igualada [Internet]. [citad 30 abril 2020]. Disponible a:

http://www.igualada.cat/ca/regidories/dinamitzacio-economica/copy_of_ensenyament/centres-educatius-digualada

47. Associació d'entitats sanitàries i socials. Els nostres professionals [Internet]. Consorci Sanitari de l'Anoia. 2020 [citat 30 abril 2020]. Disponible a: <https://atencioprimaria.csa.cat/el-nostre-equip/els-nostres-professionals.html>
48. González Juárez C, Pérez Pérez E, Martín Cabrera B, Mitja Pau I, Roy R, Vázquez P. Detección de adolescentes en riesgo de presentar trastornos de la alimentación. Aten Primaria. 2007;39(4):189-94.
49. OMS. Desarrollo en la adolescencia [Internet]. WHO. World Health Organization; 2015 [citat 22 desembre 2019]. Disponible a: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
50. BOE. Real decreto 63/1995, de 20 de enero, de Ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud. Espanya; 1995 p. 4538-43.
51. Jansà F, Borrego P, García C, Alfonso A. CIR25-17: Filosofia Rollart. Madrid; 2017.
52. Dosil Díaz J, Díaz Ceballos I, Viñolas Ramisa A, Díaz Fernández O. Prevención y detección de los trastornos de alimentación en deportistas de alto rendimiento (CAR, CEARE y CTD). Cuad Psicol del Deport. 2012;12(1):163-6.
53. Departament de Treball Afers Socials i Famílies. L'atenció social a les persones amb malaltia mental [Internet]. Generalitat de Catalunya. 2014 [citat 1 març 2020]. Disponible a: https://treballiaferssocials.gencat.cat/ca/ambits_tematics/persones_amb_malaltia_mental/latencio-social-a-les-persones-amb-malaltia-mental/
54. Projectes Socials [Internet]. Fita. [citat 1 març 2020]. Disponible a: <https://fitafundacion.org/projectes-socials/>
55. Villerius J, Solà C, Fernández C. 30 minuts. L' Emma vol viure. Espanya: TV3; 2017.

56. Consell de Col·legis d'Infermeres i Infermers de Catalunya. Codi d'Ètica de les infermeres i infermers de Catalunya. Consell de Col·legis d'Infermeres i Infermers de Catalunya 2013.
57. Departamento de Salud. Informe Belmont: Principios éticos y pautas para la protección de los seres humanos en la investigación. United States of America; 1979.
58. BOE. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Espanya; 2003.
59. BOE. Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Espanya; 2018.
60. Gil Vega L, Gómez López N. Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: prevención primaria, detección precoz y papel enfermero. 2016;
61. Ayerbe García L, González López E, López Larrayoz I, Ezquerro Gadea J. The SCOFF test: a potential tool for screening eating behaviour disorders in primary care. Aten Primaria. 2003;32(5):315-6.
62. Sánchez Socarrás V, Aguilar Martínez A, Vaqué Crusellas C, Milá Villarroel R, González Rivas F. Diseño y validación de un cuestionario para evaluar el nivel de conocimientos generales en trastornos del comportamiento alimentario en estudiantes de ciencias de la salud. Aten Primaria. 2016;48(7):468-78.
63. Centre de Recursos per a les Associacions Juvenils. Arxius de Plantilles de documentació associativa [Internet]. Ajuntament de Barcelona. 2018 [citat 15 març 2020]. Disponible a: <https://crajbcn.cat/informacio/document/plantilles-documentacio-associativa/page/3/>
64. Jordi Gol. Requisits d'avaluació CEI per projectes d'investigació [Internet]. IDIAP. 2017 [citat 11 abril 2020]. Disponible a: https://www.idiapjgol.org/index.php?option=com_content&view=article&id=558:article-grup-epivac&catid=132:noticies-

destacades&lang=es&Itemid=

65. Zudaire M. Leucopenia. En: Libro electronico de temas de urgencia. Navarra: Servicio Navarro de Salud; 2012.
66. Hernández A. Anemias en la infancia y adolescencia. Clasificación y diagnóstico [Internet]. Pediatría Integral. 2012 [citad 21 desembre 2019]. p. 357-65. Disponible a: <https://www.pediatriaintegral.es/numeros-anteriores/publicacion-2012-06/anemias-en-la-infancia-y-adolescencia-clasificacion-y-diagnostico/>
67. Hidalgo Acosta I V, Mena Miranda VR, Fernández de la Paz B, Heredero Valdés M, Ruiz Baldrich WA. Acidosis metabólica: un reto para los intesivistas. Rev Cubana Pediatr. 2005;77(2).
68. Verónica Losada A, Rodríguez Eraña S. Trastornos de la conduta alimentria y prevención primaria. Rev Ajayu. 2019;17(1).
69. Baile JI, Raich RM, Garrido E. Evaluación de Insatisfacción Corporal en adolescentes: Efecto de la forma de administración de una escala. An Psicol. 2003;19(2):187-92.

7. Annexos

7.1. Annex 1: Qüestionaris de diagnòstic

Els qüestionaris més emprats per diagnosticar els TCA són (6,25,60):

Taula 5: Qüestionaris valoració TCA

Qüestionaris valoració d'actituds i comportaments			
EAT-40	Eating Attitude Test	1979	Un dels més utilitzats. La versió revisada i reduïda s'anomena EAT-26. Avalua l'actitud vers el menjar.
EBBIT	Eating Behavior and Body Image Test for Preadolescent Girls	1998	Describeu els símptomes que podrien indicar un TCA
SCOFF	Sick control on Fast Food	1999	Mostrarà les senyals d'alarma mitjançant cinc preguntes, dues de positives indicarà la possibilitat d'estar patint la malaltia (61).
EDI-2	Eating Disorder Inventory-2	1991	Examina els desitjos dels pacients i recull dades psicològiques i conductuals. Ex: Desig d'aprimar-se, desconfiança personal, inseguretat social, etc.
BITE	Qüestionari autoaplicable per a la bulímia	1987	Detecta la simptomatologia bulímica i la seva intensitat. Consta de dues escales, una de símptomes i l'altre de gravetat.
ABOS	Escala d'Observació de Conducta Anorèxica	1992	El realitzen els familiars. Mostra els símptomes coneguts pels més proers.

DSQ	Disgust Sensitivity Questionnaire	1994	La pacient haurà de determinar com de disgust se sent en certes situacions relacionades amb la salut mental.
-----	---	------	--

Font: Elaboració pròpia.

Taula 6: Avaluació imatge corporal

Qüestionaris autoavaluació imatge corporal			
BSQ	Body Shape Questionnaire	1987	Mesura la ansietat que provoca a la pacient la seva figura corporal.
BAT	Body Attitude Test	1984	Mesura el grau de satisfacció i l'actitud vers la pròpia imatge corporal
BSRQ	Body-Self Relations Questionnaire	1984	Relacionat amb l'autopercepció de la imatge corporal
BIAS	Body Image Anxiety Scale	1990	Mesura l'ansietat causada només per la figura física.
BAS	Body Appreciation Scale	2005	Valora els punts positius de la imatge corporal.
BIQLI- SP	Body Image Quality of Life Inventory	2011	Avalua la qualitat de vida dels pacients en funció de la figura corporal. Versió Espanyola.
TSF-Q	Thought-Shape Fusion Questionnaire	1999	Mesura la percepció del cos i dels aliments

Font: Elaboració pròpia

Taula 7: Influències i afrontament

Qüestionaris influències i afrontament			
CSI	Coping Strategies Inventory	1989	Mesura la reacció a situacions complexes.
CIMEC-V	Questionnaire of Influences on body Shape Model	2005	Mesura les influències en xarxes socials, familiars, preocupacions pel pes i ansietat ocasionada per la situació.

Font: Elaboració pròpia

Taula 8: Qüestionari de valoració familiar

Qüestionaris valoració clima familiar			
FES	Escala de Clima Familiar	1993	Mesura el grau d'aliança familiar
PBI	Parental Bonding Instrument	1979	Escala de mesura de sobreprotecció parental
EAM	Escala de Ajuste Marital	1959	Avalua la satisfacció vers la parella i emocions percebudes

Font: Elaboració pròpia.

Taula 9: Qüestionari de patologies associades

Qüestionaris de patologies associades			
STAI	State-Trait Anxiety Inventory	1970	Valora el grau d'ansietat en els diferents esdeveniments
BDI	Beck Depression Inventory	1961	Mesura la gravetat de la depressió
RSES	Rosenberg Self-Esteem Scale	1979	Analitza el grau autoestima.

SCL-90	Qüestionari de Síntomes	1977	Avalua la simptomatologia associada.
MCMI-II	Inventari Clínic Multiaxial	1987	Valora síndromes psicològics associats

Font: Elaboració pròpia






Taula 10: Valoració nutricional

Qüestionaris de valoració nutricional			
IFBS	Irrational Food Beliefs Scale	2007	Avalua els pensaments irracionals i les creences vers el menjar
FCI-SP	Food Craving Questionnaire	2017	Escala de desitjos alimentaris
FCQ-SP	Food Choice Questionnaire	1995	Estudia l'elecció dels aliments i els seus factors relacionats

Font: Elaboració pròpia.

7.2. Annex 2: Consulta ACAB

Il·lustració 2: Consulta ACAB

Comparteix aquesta pàgina:      88

Formulari Consulta on-line

Formulari enviat correctament.

Gràcies per utilitzar el nostre formulari. T'enviarem resposta el més aviat possible de manera confidencial i anònima.

Detall de les dades del formulari:

Codi de referència

1-4840

Data

08/04/2020

Hora

11:12

Nom

Cristina Camacho

Població

Igualada

País

Espanya

Adreça electrònica

criiscamacho4@gmail.com

Consulta

Bon dia, Sóc la Cristina Camacho, estudiant de 4t d'infermeria de la UdL campus Igualada. Estic realitzant el meu TFG sobre TCA, en concret estic fent un projecte d'intervenció d'educació per a la salut dedicada a professionals sanitaris per tal de prevenir i detectar precoçment els diferents tipus de TCA i formar-los per crear tallers de prevenció als centres pertinents. Cercant a internet he trobat projectes similars però dirigits a adolescents, vosaltres teniu constància d'algun projecte de l'estil però dirigit a professionals? Espero que estigueu bé, Cristina

Com ens has conegut?

Mitjançant la web

Recorda guardar o [imprimir](#) aquesta pàgina per a futures referències.

Font: Captura de pantalla consulta a la web acab.org

7.3. Annex 3: Adolescents Igualada

Segons l'Institut d'estadística de Catalunya (IDESCAT), la població adolescent d'Igualada equival a un 9,7% de la població amb una quantitat total de 3878 nois i noies, d'entre 11 i 18 anys, al 2019 (45).

Tenint en compte que la intervenció s'iniciarà al 2022, els adolescents amb l'edat esmentada anteriorment correspondran als joves nascuts entre el 2004 i el 2011.

Taula 11: Població adolescent en xifres

Any	Edat	Homes	Dones	Total
2004	18 anys	235	218	453
2005	17 anys	231	255	486
2006	16 anys	250	222	472
2007	15 anys	253	243	496
2008	14 anys	290	239	529
2009	13 anys	247	243	490
2010	12 anys	267	235	502
2011	11 anys	236	214	450
Total				3878

Font: Elaboració pròpia.

7.4. Annex 4: Personal medicina i infermeria Igualada

El personal actual als CAP d'Igualada és el següent (47):

Taula 12: Personal medicina i infermeria en xifres

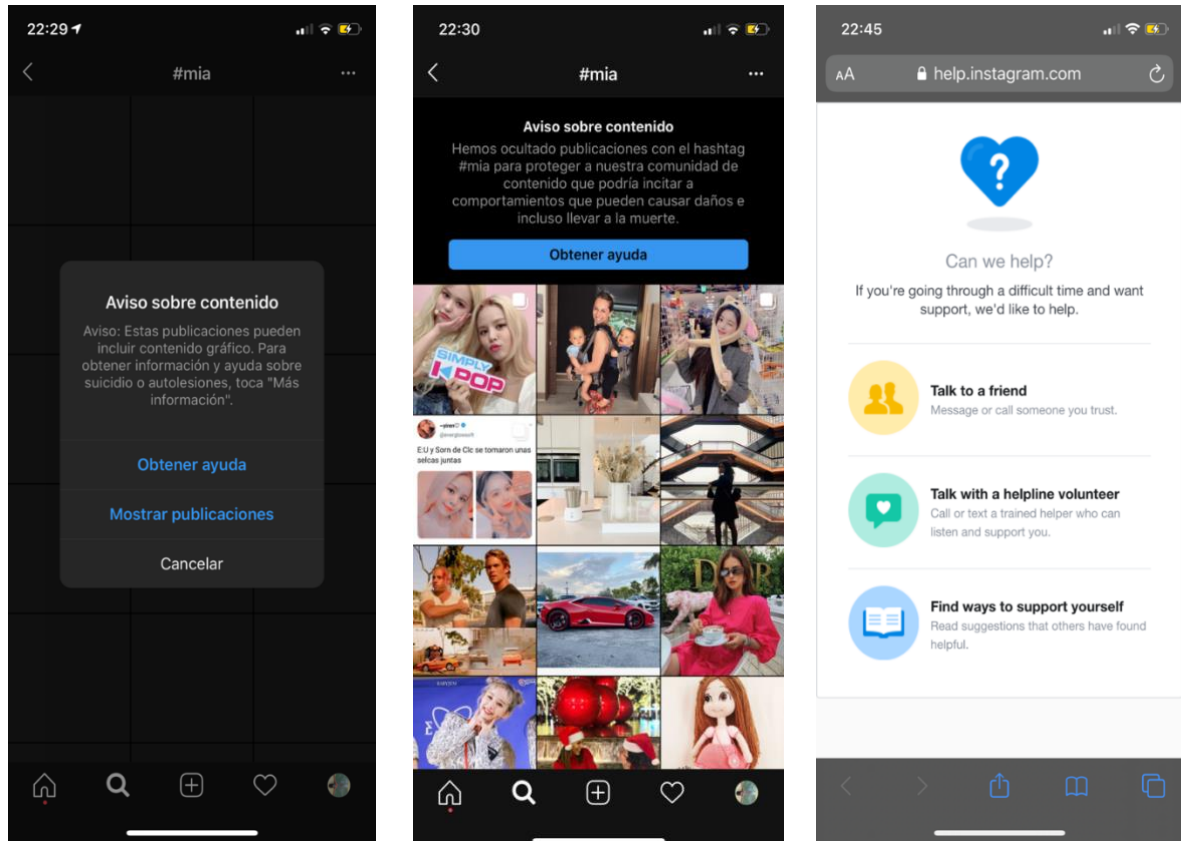
	CAP Urbà	CAP Nord	Total
Medicina Comunitària	14	12	26
Pediatría	3	6	9
Infermeria Comunitària	12	14	29
Infermeria pediàtrica	3		
Residents medicina	4	-	4
Residents infermeria	2	-	2

Font: Elaboració pròpia.

7.5. Annex 5: Cerques a l'abast

Quan busquem el hashtag #Mia #AnaMia a Instagram ® trobem:

Il·lustració 3: Resultats cerca #Ana #Mia



Font: Instagram.

Aquests ítems estan categoritzats com a perillousos per les influències i els perjudicis que han causat a la població, és per això que apareix la senyal d'alarma en la cerca i l'opció de demanar ajuda, però l'accés segueix essent molt senzill i disponible per a totes les persones i edats. En tant sols 4 minuts ja tenim imatges on les joves expliquen la seva idea pro-TCA.

Trobem les següents publicacions:

Il·lustració 4: Publicació amb comentari pro-TCA



Font: Instagram.

Traducció: “He guanyat pes ara i estic molt enfadada amb mi mateixa. Necessito fer dejuni almenys 4 dies per sentir-me bé. Joder”.

II·lustració 5: Publicació amb comentari pro-TCA



Font: Instagram.

Traducció: “Les meves cuixes abans de l’anorèxia (esquerra) i les meves cuixes ara recuperant-me de l’anorèxia (dreta). No tinc fotos meves de quan estava en el meu pes mínim perquè només dormia i no socialitzava. Abans de l’anorèxia pesava 60 kg i era MASSA grassa! El meu pes mínim va ser 38 kg i ara en peso 43 kg. Seguiré veient-me bé si pujo a 48kg com suggereix la meva nutricionista?” A 109 persones els agrada la publicació.

7.6. Annex 6: Priorització de necessitats

Per tal de poder determinar la intervenció d'un problema cal prioritzar les necessitats mitjançant el següent qüestionari (38):

- Es coneix la importància? No
- Se'n sap el suficient per actuar? No
- Hi ha recursos disponibles? No els suficients
- Es factible intervenir sobre el problema? Sí

Segons la metodologia de Hanlon (1984) la formula utilitzada és:

$$\text{Prioritat} = (A+B) \times C \times D$$

Per calcular la A cal identificar la magnitud del problema relacionat amb la quantitat de individus afectats per la patologia = 1,3/10.

Per obtenir la B, la severitat del problema, cal estimar les següents qüestions:

- Aquest problema és considerat greu? Sí, cada vegada hi ha més risc, cal una conscienciació de la població
- De quantes morts anuals és responsable? 5 % del total de pacients amb TCA.
- Quina és la importància d'incapacitat temporal, malestar, dolor? 84,8 % precisen seguiment.
- Comporta pèrdua d'autonomia, pertorbació del desenvolupament? Quan la malaltia és avançada, sí.
- Com afecta a la qualitat de vida de la població? Pot produir dependències greus.
- Hi ha riscos ecològics i ambientals associats? No directament.
- Aquest problema té més pes en certs grups de població? Sí, en adolescents.
- Quins són els costos i el temps associat a tractament i rehabilitació? El temps requerit oscil·la entre mesos i anys, amb ingrés o tractament ambulatori, segons evolució i adherència al tractament. És per això que és molt difícil calcular el cost.

La C calcula l'eficàcia de la solució, és un problema força difícil de solucionar ja que cal incidir en la educació, sobretot en la dels més joves. Valor: 0.5

La D mesura la factibilitat amb les sigles PEARL.

- És Pertinent? Sí
- És factible Econòmicament? Sí
- És Acceptat? Cal consultar-ho
- Hi ha Recursos suficients? Sí
- És Legal? Sí

7.7. Annex 7: Test de coneixements sobre TCA

Aquest test ha estat extret després de la seva validació i publicació a la revista Atenció Primària (62).

Nom i cognoms: _____

Professió: _____ Especialitat: _____

En relació als Trastorns de Conducta Alimentària (TCA), respon a les següents preguntes:

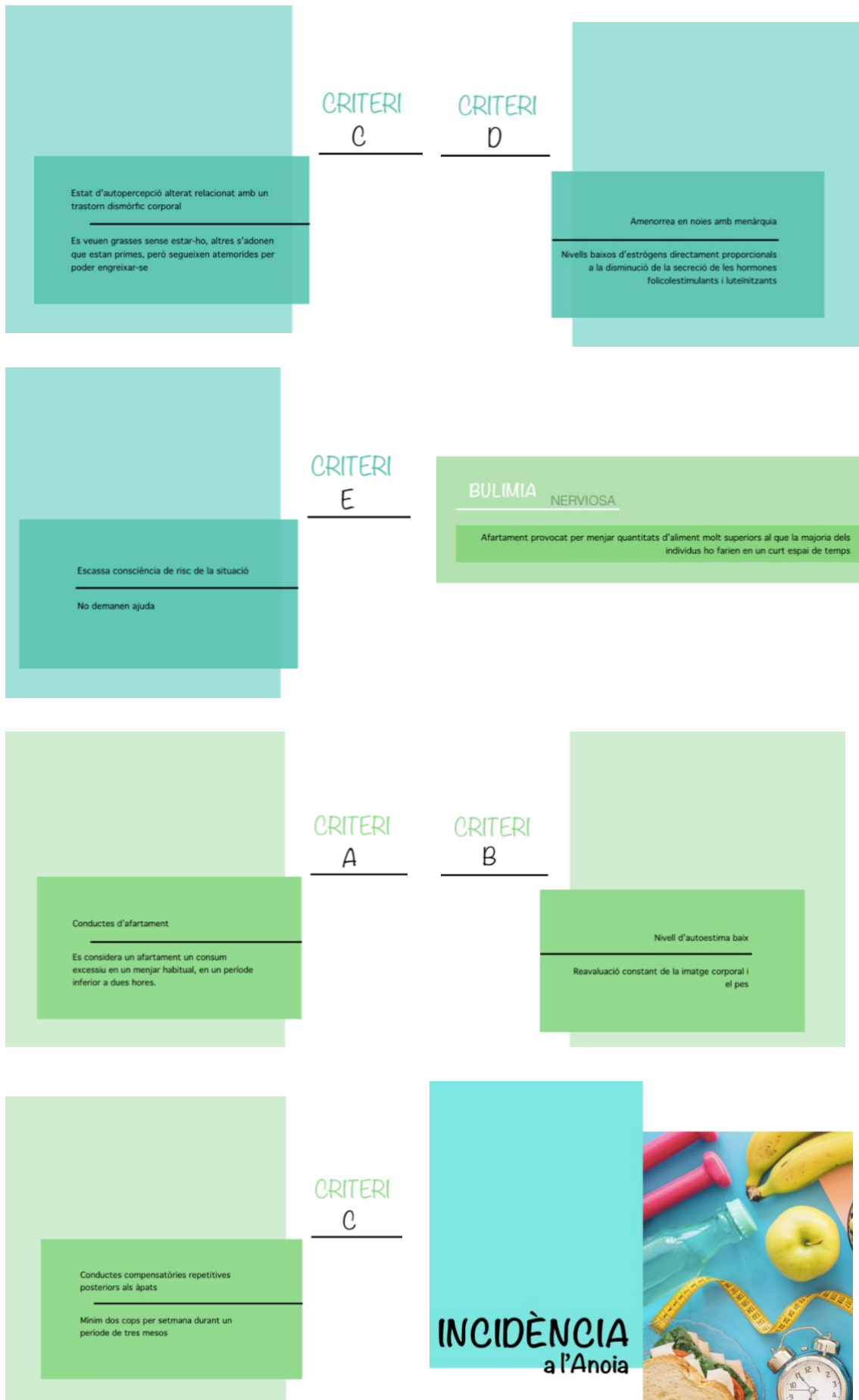
1. Quines de les alteracions següents, es poden considerar TCA?
 - ☐ Obesitat mòrbida
 - ☐ Bulímia nerviosa
 - ☐ Pica
 - ☐ Dislipèmia
 - ☐ Anorèxia nerviosa
 - ☐ Diabetis Mellitus
 - ☐ TCANE
 - ☐ Hipertensió arterial
2. De les alteracions que es relacionen a continuació, quins són considerats trastorns mentals?
 - ☐ Obesitat mòrbida
 - ☐ Bulímia nerviosa
 - ☐ Fòbies socials
 - ☐ Neuropaties
 - ☐ Anorèxia nerviosa
 - ☐ Diabetis Mellitus
 - ☐ Estrès posttraumàtic
3. Hipertensió arterial A quina edat poden aparèixer els TCA?
 - ☐ En menors de 12 anys
 - ☐ Entre els 13 i 20 anys
 - ☐ En adults majors de 20 anys
 - ☐ Durant la tercera edat (majors de 65 anys)
4. Els TCA predominen en el sexe...
 - ☐ Masculí
 - ☐ Femení
 - ☐ No estan relacionats amb el sexe
5. La prevalença dels TCA, és majors en els individus de classe social...
 - ☐ Baixa
 - ☐ Mitja
 - ☐ Alta

- No estan relacionats amb les classes socials
6. Quins són els factors que podrien predisposar a patir un TCA?
- Herència o factors genètics
 - Ruptura conjugal dels pares
 - Obesitat materna
 - Pràctica d'esports que requereixen primesa
 - Sentiments d'inferioritat o baixa autoestima
 - Aïllament social o dificultat per relacionar-se
7. Quins són els factors que podrien precipitar la aparició d'un TCA?
- Herència o factors genètics
 - Ruptura conjugal dels pares
 - Obesitat materna
 - Pràctica d'esports que requereixen primesa
 - Aïllament social o dificultat per relacionar-se
8. Explica amb les teves paraules el significat que tenen per tu les següents frases:
- “Por a engreixar-se, per percepció distorsionada de la pròpia imatge corporal”
 - “Episodis compulsius de consum d'aliments”
9. Anomena quatre conductes que et farien sospitar la presència d'un TCA en una persona

7.8. Annex 8: Presentació de la etiologia i incidència

II·lustració 6: Presentació etiologia i incidència





Es considera la tercera malaltia crònica més prevalent entre la població femenina adolescent i juvenil occidental, després de l'obesitat i l'asma

Entre tots els TCA sumen un 13%	Noies 90% Nois 10%	En tractament: 50% recuperació 25% símptomes 20% no responen 5% moren
---------------------------------	-----------------------	---

El 45% dels alumnes de ensenyament primari desitgen ser més prim

ESTUDI DE CASOS 2017

Catalunya: 519 nous ingressos hospitalaris	Anoia: El 4,6% dels ingressos de SM van ser per TCA	Anoia: El 82,9% dels dx van precisar de seguiment per CSM
---	--	--

Hospital amb més ingressos per TCA: Consorci Hospitalari de Vic

Moltes gràcies

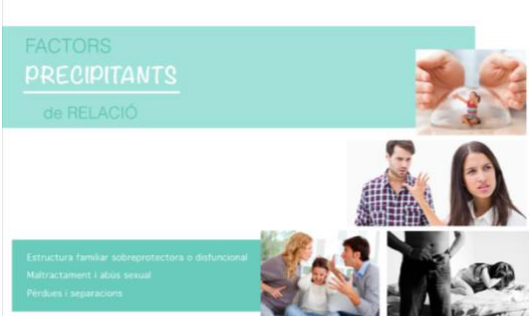
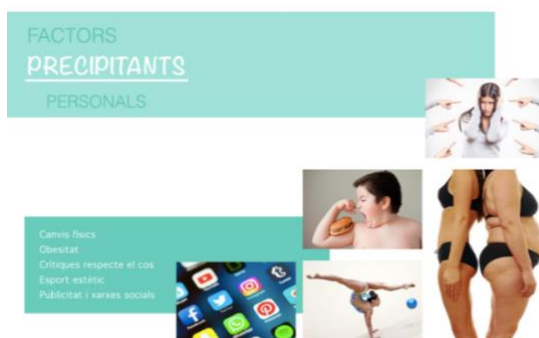
Font: Elaboració pròpia.

7.9. Annex 9: Presentació dels factors de risc i simptomatologia

II·lustració 7: Factors de risc i simptomatologia TCA



...



FACTORS DE MANTENIMENT

Mahuticó
Aïllament social
Idees distorsionades del propi cos
Exercici físic excessiu
Esportistes d'elit



SIMPTOMATOLOGIA ASSOCIADA

HEMODINÀMIA

Leucopènia
Anèmia Lleu
Hipercolesterolemia
Hipoparatiroidisme
Hipoparatiroidisme
Hiperparatiroidisme
Hiperparatiroidisme
Hiperparatiroidisme
Hiperparatiroidisme
Hiperparatiroidisme

Si Purgues Orals:
Alcalosi Metabòlica

Si Purgues Rectals:
Acidosi Metabòlica

Sistema Endocrí:
T3 i T4
Fsh i Lh
Hipotiroidisme
Hipofunció Ovárica i
Retràs Desenvolupament

FÍSIC

ANORÈXIA

Caquèxia

BULÍMIA

Normal o obesitat



FÍSIC

PELL I MUCOSES

Alopècia
Borriçol:
- Dors
- Abdominal
- Avantbraços
Acrocianosi
Acne
Acrodermatitis
Lesions dors mà



CAVITAT ORAL

Xerostomia
Sialoadenosi parotida
Disfonia, disfàgia, tos seca
Pèrdua esmalt dental



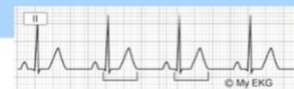
GASTROINTESTINAL

Plenitud post-prandial
Intestí irritable
Dolor abdominal
Alteració deposicional
Dilatació gàstrica → Risc perforació
Reflux gastroesofàgic
Restrenyiment



CARDIOLOGIA

Allargament QT
Bradicàrdia
Hipotensió



Vessament o taponament pericàrdic
Atrofia ventricular

NEFROLOGIA

Filtrat glomerular
Creatinina



Fallida renal


Moltes gràcies

Font: Elaboració pròpia.

7.10. Annex 10: Kahoot





A continuació, es presenta el Kahoot® previst per un dels tallers:

Il·lustració 8: Kahoot® sobre factors de risc associats al TCA







1 - Quiz

D'entre els indicats, quins factors es consideren de risc?

	Factors vulnerables	✗
	Factors predisposants	✓
	Factors precipitants	✓
	Factors de manteniment	✓





2 - Quiz

Quin d'aquests és un factor de risc precipitant per TCA?

	Manteniment del cos jove	✗
	Canvi de 3r a 4t d'ESO	✗
	Crítiques respecte el cos dels altres	✓
	Realització d'esport com el Bàsquet	✗





3 - Quiz

Quin d'aquests NO és un factors de risc precipitant per TCA?

	Televisió i publicitat	✗
	Xarxes socials	✗
	Estructura familiar disfuncional	✗
	Estructura familiar funcional	✓





4 - Quiz

Quins d'aquests són factors de manteniment de la patologia?

	Malnutrició	×
	Aïllament social	×
	Contacte social	×
	Vermella i Blava	✓

5 - Quiz

Quin d'aquests esports té més possibilitats de tenir alumnes amb TCA:

	Ritmica de competició	✓
	Futbol femení	×
	Taekwondo	×
	Críquet	×



6 - True or False

Ser jove és un factor de risc de tipus manteniment

	True	×
	False	✓





7 - True or False

Ser dona és un factor de risc predisposant

	True	✓
	False	×





8 - Quiz

Si els pares són obesos i la filla també, hi ha possibilitats de que la filla pateixi TCA

	Igual que un altre noia	×
	Si, ja que és un factor de manteniment	×
	Si, ja que és un factor predisposant	✓
	No, ja que l'obesitat és el contrari d'un TCA	×





9 - Quiz

Pacient dona amb antecedents d'abús sexual i de caràcter introvertit. Quina actuació faries?

	Control conducta	✓
	Ingrés hospital	×
	Ingrés CSM	×
	Imposició de dieta	×

10 - Quiz

Quina altre patologia es relaciona amb TCA?

	Adicció per drogues	×
	Addicció per alcohol	×
	Bipolaritat	×
	Totes les anteriors	✓

Font: Elaboració pròpia.

7.11. Annex 11: Drets d'imatge

Sol·licitud de dret d'imatge del Centre de Recursos per a les Associacions Juvenils de l'Ajuntament de Barcelona (63):

Donat que el dret a la pròpia imatge està reconegut per llei, l'equip dirigent del projecte: "Talla'l, programa d'Educació per a la Salut per a professionals sanitaris: detectar i prevenir els trastorns de conducta alimentària a temps" demana el consentiment a tots aquells participants en l'audiovisual del taller 4: "La pel·lícula".

Per mitjà del present document, jo, _____
(nom i cognoms del/la col·laborador/a), amb DNI número _____ atorgo a l'equip del projecte "Detectar i prevenir els trastorns de conducta alimentari a temps: Programa d'Educació per a la Salut per a professionals sanitaris" d'acord amb la llei orgànica 1/1982 autoritzo el dret i permís per a captar, enregistrar, usar, publicar, i distribuir imatges de mi o en les quals jo estigui inclòs o inclosa, a través de qualsevol mitjà de comunicació del nostre projecte.

Per mitjà del present document també renuncio a qualsevol remuneració per drets a la meua pròpia imatge que puguin derivar de qualsevol utilització.

Garanteixo que sóc major d'edat legal i tinc el dret d'acordar contractes en el meu propi nom. He llegit l'autorització, cessió, i acord anterior abans de la seva execució i estic totalment d'acord amb els seus continguts.

Signatura

A _____, _____ de _____ del 20__

Les vostres dades personals s'incorporaran en els fitxers del projecte: "Detectar i prevenir els trastorns de conducta alimentari a temps: Programa d'Educació per a la Salut per a professionals sanitaris" únicament amb la finalitat de tenir les dades actualitzades en el cens propi. En compliment de la Llei Orgànica 15/1999 de Protecció de Dades de caràcter personal, podreu exercir-ne el dret d'accés, modificació, cancel·lació i oposició quan ho cregueu oportú.

7.12. Annex 12: Avaluació de resultats

Per fer una avaluació completa cal respondre les següents qüestions obtingudes segons el model del llibre “Educación para la Salud: Elaborar un programa en 8 etapas” (38). Els resultats seran numèrics, de l’1a l 5, essent 1 gens d’acord i 5 totalment d’acord.

Estudi de la població diana desitjada:

És la població diana la que està rebent la informació?	
El percentatge de grup diana és representatiu a la població?	

Grau de satisfacció dels participants:

Qüestions interpersonal	
Se sent ben atès?	
Hi ha bona relació amb la resta de participants?	
Creu que el personal que està realitzant la intervenció està suficientment qualificat?	
Qüestions relatives al servei	
Creu que l’espai on es realitza la intervenció és adequat?	
Creu que l’horari és apropiat?	
Creu que l’accés al centre és senzill?	
Li han facilitat l’accés a la formació? Respecte a la combinació amb la feina	
Qüestions de contingut	
Creu que tots els temes a tractar han estat rellevants?	
Creu que el ritme de la presentació és adequat?	
Creu que la forma de presentació ha estat adequada?	
Creu que la informació és massa bàsica?	
Creu que la informació és massa complexa?	
Creu que falta informació per exposar?	

Desenvolupament de les activitats:

Tots els participants han participat en totes les activitats?	
S’ha utilitzat el cronograma previst?	
S’ha utilitzat l’horari previst?	

Altres comentaris o aportacions:

7.13. Annex 13: Full d'informació al participant

El CI està extret del model 04 dels requisits d'avaluació del Comitè d'Ètica de la Investigació (CEI) per projectes d'investigació de IDIAP de la fundació Jordi Gol (64).

Full d'informació al pacient/participant

Aquest projecte d'EpS amb títol: “Talla'l, programa d'Educació per a la Salut per a professionals sanitaris: detectar i prevenir els trastorns de conducta alimentària a temps” i dirigit per Cristina Camacho Abad, estudiant d'infermeria de quart curs de la Universitat de Lleida, promou la formació a professionals de la salut amb l'objectiu de prevenir i detectar precoçment els comportaments que es poden desenvolupar en un trastorn de conducta alimentària, amb la intenció de reduir-ne la incidència un 50 % en els pròxims 5 anys a la nostra comarca, l'Anoia. Aquest projecte inclou que aquests coneixements siguin transmesos a la població en risc, els adolescents, i poder-ne fer efectiva la reducció de casos.

Com a professional sanitari se'l convida a participar de forma voluntària signant el consentiment informat, en cas que vulgui ser revocat podrà ésser possible en qualsevol moment de la intervenció.

Per aquest projecte de formació caldrà l'assistència a classes presencials i la realització de treballs en equip. Les classes seran reduïdes, de sis persones, cadascuna, pel seu bon funcionament.

La protecció de dades serà regulada pel Reglament 2016/679 del Parlament europeu i del Consell del 27 d'abril de 2016 de Protecció de dades i llei orgànica 3/2018, de 5 de desembre, de protecció de dades personals i garantia dels drets digitals. L'accés a la seva informació personal quedarà restringida a la infermera de l'estudi i seus col·laboradors, autoritats sanitàries, Comitè Ètic d'Investigació i als monitors i auditors del promotor, que estaran sotmesos al deure de secret inherent a la seva professió, quan ho necessitin, per comprovar les dades i procediments de l'estudi, però sempre mantenint la confidencialitat de les mateixes d'acord amb la legislació vigent.

7.14. Annex 14: Consentiment Informat

El CI està extret del model 05 dels requisits d'avaluació del Comitè d'Ètica de la Investigació (CEI) per projectes d'investigació de IDIAP de la fundació Jordi Gol (64).

Consentiment informat

Títol de l'estudi: Talla'l, programa d'Educació per a la Salut per a professionals sanitaris: detectar i prevenir els trastorns de conducta alimentària a temps.

Jo, (nom i cognoms)_____ he llegit el full d'informació al participant i/o participant que se m'ha lliurat. He pogut fer les preguntes sobre l'estudi. He rebut prou informació sobre l'estudi. He parlat amb Cristina Camacho Abad, com a creadora del projecte. Comprenc que la meua participació és voluntària. Comprenc que puc retirar-me de l'estudi:

1. Quan ho desitgi,
2. Sense donar explicacions, i
3. Sense que això repercuteixi en l'atenció mèdica que rebi.

De conformitat amb el que estableix el Reglament (UE) 2016/679 del Parlament Europeu i el Consell de 27 d'abril de Protecció de Dades (RGPD) i la llei orgànica 3/2018, de 5 de desembre, de protecció de dades i garantia dels drets digitals, declaro haver estat informat dels meus drets, de la finalitat de recollida de les meues dades i dels destinataris de la informació.

Presto lliurement la meua conformitat per participar en aquest estudi.

Signatura:

Nom i cognoms del pacient i/o participant i firma

Signatura:

Nom i cognoms de la persona responsable de l'estudi

Data

7.15. Annex 15: Pòster del programa

Il·lustració 9: Pòster de difusió del programa



Font: Elaboració pròpia.